This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

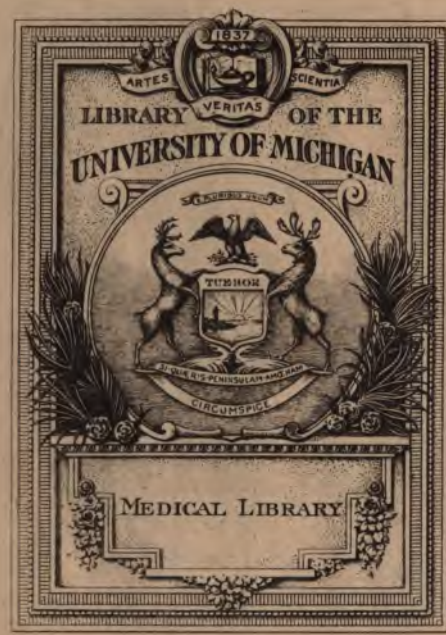
Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

E10.5
P9754

A 413970

2256
79616


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

12769
610.5
P9754

PSYCHIATRISCHES

CENTRALBLATT

HERAUSGEGEBEN

VOM

VEREINE FÜR PSYCHIATRIE UND FORENSISCHE PSYCHOLOGIE

IN WIEN.

REDIGIRT

VON

M. LEIDESDORF UND TH. MEYNERT.

I. JAHRGANG.

WIEN 1871.

WILHELM BRAUMÜLLER

K. HOF- UND UNIVERSITÄTSBUCHHÄNDLER.

Autoren-Verzeichniss der besprochenen Werke.

Anderson 99.
Arndt 22, 28, 129.
Bernstein 74.
Blandford 117.
Bradbury 48.
Browne 141.
Brown-Séquard 69.
Chatelain 131.
Clouston 69.
Cortese 45.
Czermak 47.
Dittmar 165.
Eulenburg 42.
Fieber 31.
Fischer 49.
Fritsch 12.
Golgi 78.
Gray 119.
Gudden 25, 83.
Hearder 25.
Hecker 66.
Heidenhain 30.
Henle 154.
Hitzig 12.
Huppert 119.
Jolly 151.
Keyes 77.
Kjellberg 115.
Köstl 15.
Kraft-Ebing 116.
Langwieser 113.
Lasègue 169.
Le Grand du Saulle 169.
Leyden 63.
Liebreich 148.
Magnan 100.
Meyer 68.
Meynert 10.
Miescher 165.
Obersteiner 80.
Onimus 175.
Owsjannikow 165.
Pagenstecher 149.
Schiff 13.
Schüle 93, 139.
Simon 172.
Stark 133.
Sutherland 176.
Tigges 144.
Voisin 65.
Westphal 127, 152.
Wiedemeister 134.
Wille 46.
Wolff 26.
Wundt 107.
Zenker 142.
Zlobikowsky 176.

Vorträge und Original-Mittheilungen der Herren

Beer 2, 38, 58, 8, 21, 56.
Benedikt 4.
Flechner 19, 35, 70.
Grabacher 103, 137.
Holler 91.
Leidesdorf 51.
Maresch 3.
Meynert 35, 90, 155.
Mildner 121.
Obersteiner 9.
Witlacil 6.

Alphabetisches Verzeichniss

der

Original-Mittheilungen, Vorträge und besprochenen Arbeiten.

Abhängigkeit des Irrsinns von physischen Erkrankungen 119.
Ablation des Gehirnes und Rotationsbewegungen 175.
Agoraphobie 127.
Anämie, Tobsucht aus 116.
Anatomie des Gehirnes 154.
Arachnoidealcysten 176.
Bewegungsbeschränkung, eine noch nicht beschriebene Form derselben 31.
Brandstiftungstrieb, zu dessen Geschichte 8, 21, 56.
Bromkalium gegen Epilepsie 123.
— bei Geisteskranken 69.
Bulbärparalyse progressive 63.
Cannabis bei Geisteskranken 69.
Centralvenenpuls der Netzhaut bei Epilepsie 15.
Chloralhydrat 115.
— bei Geisteskranken 91.
— über eine bemerkenswerthe Wirkung desselb. 139.
Colloiddegeneration bei allgemeiner Paralyse 100.
Crotonchloralhydrat 148.
Dento-lingualis Nerv. 176.
Ektasien ampulläre der Gefässe 28.
Elektricität in der Psychiatrie 22.
Elektrische Erregbarkeit des Grosshirns 12.
Elektrotherapeutische Behandlung von Geisteskranken 4.
Epilepsie, über 98.
— über deren künstl. Erzeugung an Meerschweinchen 152.
— Centralvenenpuls bei derselben 15.
— Bromkalium dagegen 123.

Erregungsvorgänge im Nerven- und Muskelsystem 74.
Gambetta 38, 58.
Ganglienkörper, zur Structur derselben 133.
Gefährliche Geisteskranke 51.
Gefässnerven, ihre tonischen und reflectorischen Centren 165.
Gehirn des Säugethieres, vom 10.
Gehirndruck, Studien über denselben 149.
— Untersuchungen über denselben und über die Blutbewegung im Schädel 151.
Glossopharyngolabialparalyse 65.
Graz, die neue Irrenanstalt 47.
Gutachten über eine geisteskranke Brandlegerin 103.
— über einen Brandleger 137.
Idiotie 115.
Irrengerichtspflege, Beiträge dazu 101.
Irrsein und seine Heilung 117.
Klinische Mittheilungen 3.
Klosterneuburg, Beobachtungen aus der Landes-Irrenanstalt 109.
— Mittheilungen aus dem Directions-Berichte 121.
Kugel, die viele Jahre im Gehirn zurückgeblieben war 45.
Lymphgefässsystem, seine Erkrankungen 78.
Mechanik der Nervencentren 107.
— der psychischen Zustände 113.
Mutterkorn bei Geisteskranken 141.
Niederländische Irrenanstalten, Bericht 1864—1868, 129.
Nymphomanische Aufregungszustände 3.
Paralyse, allgemeine 113.
— Colloiddegeneration des Gehirnes dabei 100.
— der Irren, ein merkwürdiger Fall 129.
Paralysis agitans 42.
— — 90.
Paralytische Geisteskrankheit 9.
— — zur pathol. Anatomie ders. 80.
Primäre Formen der Geisteskrankheit 155.
Pyromanie 19.
Reizbarkeit der centripetalen Fasern des Rückenmarkes 165.
Rheumatismus cerebralis 99.
Rippen, Atrophie derselben bei einem Geisteskranken 68.
Rippenbrüche bei Geisteskranken 25.
Rotationsbewegungen 175.
Schädelmessung, eine leichte Methode 49.
Schwindel 48.
Sensible Reizung des Rückenmarkes 165.
Simulirte Krankheiten 2.

Sclerose des Hirn und Rückenmarkes 93.
Special-Asyle für verbrecherische Irre 134.
Strafgerichtspflege, Mängel derselben gegenüber den Geisteskranken 6.
Sympathicus, dessen Selbsständigkeit 13.
Syphilis des Nervensystems 77.
Temperatur, Einfluss des Nervensystems auf diese 30.
Tobsucht aus Anämie 116.
Transitorische psychische Störungen 131.
— Verwirrtheit 70.
Trunksüchtige, Asyle für solche 50.
Typhus bei Geisteskranken 46.
Utika, Bericht über die Irrenanstalt 1870, 130.
Verletzung der basalen Hirntheile 69.
Verfolgungswahn 169.
Zählblättchen, Entgegnung auf die Abhandlung von Sander 144.

28. Jänner 1871. Nr. 1.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

H. Beer, M. Leidesdorf und Th. Meynert.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: An die Leser. — Bericht über die Vereinssitzungen vom 18. Juli, 29. October und 26. November 1870. — Meynert, vom Gehirn der Säugethiere. — G. Fritsch und E. Hitzig, über die elektrische Erregbarkeit des Grosshirns. — Schiff, über die Selbstständigkeit des Sympathicus. — Köstl und Niemetschek, der Centralvenenpuls der Netzhaut bei Epilepsie.

An die Leser.

In der Sitzung vom 26. November 1870 wurde beschlossen, vom Jänner l. J. an monatlich ein Blatt herauszugeben, in welchem die Vorträge, Discussionen und Verhandlungen des Vereines veröffentlicht werden.

Nebstdem wird in diesen Monatsblättern ein Ueberblick der Leistungen auf dem Gebiete der Psychiatrie und ihrer Grundwissenschaften, sowie der forensischen Psychologie, durch Referate von Sachkundigen gegeben und sollen vorläufige Original-Mittheilungen aufgenommen werden.

Auf diese Weise glaubt die Redaktion für diese Monatsschrift einen über die Zahl der Vereinsmitglieder weit hinausgehenden Leserkreis zu interessiren, und hofft, dass die Fachgenossen dieses Interesse durch im obigen Sinne gehaltene Referate und Mittheilungen bethätigen werden; um so mehr, als ihnen dabei eine, die zwangslosen und seltener erscheinenden Fachblätter überflügelnde Raschheit der Veröffentlichung zu gute käme.

Den Verlag des „Psychiatrischen Centralblattes“ hat die k. k. Hof- und Universitätsbuchhandlung Wilhelm Braumüller übernommen.

Die Redaktion.

Sitzungsberichte.

Protokoll der Sitzung vom 18. Juli 1870.

Der Vorsitzende Vicepräs. Professor Dr. Leidesdorf begrüsst die Anwesenden, welche zum ersten Male in dem von der k. k. Gesellschaft der Aerzte dem psychiatrischen Vereine für die Monatsitzungen zu Gebote gestellten Saale sich versammelt hatten, und sprach dem Gesellschafts-Präsidium den Dank des Vereines aus.

Herr Professor Dr. Beer besprach ein Werk von Dr. E. Boisseau, Prof. der militärärztlichen Schule zu Paris, über simulirte Krankheiten, mit specieller Rücksicht auf die Wirksamkeit der Militärärzte bei Rekrutirungen, Abschieden, Superarbitrirungen und die anderer bei Verwaltungskörpern, Strafhäusern, Spitälern, Unterstützungsvereinen etc. beschäftigten Aerzte; über die diagnostischen Behelfe zur Entdeckung der Simulation nach den neuesten Resultaten der medizinischen Forschung in allen einschlägigen Richtungen der Wissenschaft.

In der Einleitung gibt der Verfasser einen historischen Ueberblick der simulirten Krankheiten, um nachzuweisen, dass schon in den frühesten Zeitperioden die Simulation als ein Mittel benützt worden ist, sich gewisse Vortheile zu verschaffen oder gewissen Nachtheilen schlau zu entziehen.

Am Schlusse dieses sehr interessanten historischen Exposé bemerkt der Verfasser, dass während der langen Kriege der französischen Republik und des Kaiserreiches, in welchen die ganze Jugend Frankreichs zu den Waffen gerufen wurde, unzählige Gründe den Familien Anlass gaben, ihre Angehörigen dem Militärdienste zu entziehen und auf Mittel der Simulation nach allen Richtungen zu denken.

Auf diesen historischen Ueberblick folgt eine Uebersicht der Literatur über simulirte Krankheiten von Hippokrates bis auf die neueste Zeit, bei welcher Uebersicht auch auf die deutsche Literatur theilweise Rücksicht genommen wird. Dann folgen die eigentlichen Vorlesungen.

Die erste Vorlesung handelt von den simulirten Krankheiten im Allgemeinen. Bezüglich der Classification hat Verfasser in einer Abhandlung in den Annales d'hygiène publique 1869 die simulirten Krankheiten in zwei Hauptclassen eingetheilt, nämlich: 1. in solche, in denen der Simulant kein Mittel anwendet, welches irgend ein Leiden zu bewirken geeignet ist, und 2. in solche, in denen er im Gegentheil zu künstlichen Mitteln seine Zuflucht nimmt, welche ein Leiden zu bewirken im Stande sind. In seinem neuesten vorliegenden Werke ist der Verfasser von aller strengen Classification abgegangen, und hält es für praktischer, die Affectionen der verschiedenen Organe und Systeme der Reihe nach durchzugehen und bei jedem derselben diejenige

Simulation und Dissimulation, die dabei vorkömmt, anzuführen. Bei Aufzählung der einzelnen Simulation wird auf das Motiv und auf die Ursachen Rücksicht genommen, die zu deren Seltenheit oder Häufigkeit Anlass geben, dann werden die hiebei angewendeten Betrugsmittel, und endlich die Mittel, den Betrug zu entdecken, angeführt.

Primararzt Dr. Maresch theilt mehrere Krankheitsskizzen mit, von Fällen heftiger meist höchst acut verlaufender nymphomanischer Aufregungszustände. Von 9 beobachteten Fällen dieser Form starben im Verlaufe von 5—8 Tagen, 3, bei den übrigen schwanden die Aufregungszustände mehr weniger nach Verlauf von 10—14 Tagen und es traten Erscheinungen psychischer Verwirrtheit, mit anhaltend sexueller Färbung der Delirien auf, und endeten nach längerer Dauer bis zu 3 Monaten mit Erschöpfung bei Hinzutreten von Atrophie und Oedem des Gehirns.

In allen Fällen wurde bei Beginn der Erkrankung in den acut verlaufenen Fällen bis zum Tode, bei den protrahirteren bis zu 8—10 Tagen des heftigen Aufregungsstadiums, nebst anhaltenden nymphomanischen Delirien, charakteristische Erscheinungen der Bewegungsimpulse beobachtet, welche den Charakter der höchsten sexuellen Exaltation zeigten.

Die Kranken waren bei heftigen Erscheinungen der Gehirnhyperämie, bei stark geröthetem Gesichte, bei erhöhter Temperatur des Kopfes und der Wangen, wie anfallsweise in heftigster Bewegung fast sämmtlicher Muskelgruppen, die den Charakter clonischer Convulsionen zeigten. Die Gesichtsmuskeln waren in fortwährender krampfhafte Zuckungen, das Gesicht zeigte wechselnde mannigfache Verzerrungen, die Augen rollten oder blieben in aufwärts gerichteter Stellung längere Zeit fixirt, die Zunge bald weit vorgestreckt, bald in der Mundhöhle in horizontaler oder wirbelnder fortwährender Unruhe, die Muskeln des Mundes und der Backe zeigten anhaltende Bewegung mit dem Bestreben zu küssen, abwechselnd mit saugenden, den Speichel im Munde bald nach vorne, bald rückwärts drängenden Aktionen, wodurch sehr oft das Hervortreten von Schaum vor dem Munde bewirkt wurde, bald schnappten die Kranken mit dem Drange zum Beissen, nach dem Nahestehenden. Die oberen Extremitäten in fortwährender choreaartiger Bewegung, zeigten meist den Drang durch Masturbation die sexuelle Erregung zu steigern.

Die unteren Extremitäten oft gestreckt, oft im Knie gebeugt und erhoben, versetzten unter Mitwirkung der Rückenmuskeln das Becken in rhythmische, wippende, stossweise Bewegungen nach aufwärts, wobei auch Harn und Excremente zeitweise herausgestossen wurden.

Diese anfallsweise auftretenden Bewegungen dauerten 5—10 Minuten, worauf ein hochgradiger Erschöpfungszustand eintrat, annähernd an Sopor, um nach längerer oder kürzerer Dauer in die beschriebene Anfallsform der Bewegungen überzugehen.

Bei den sehr acut verlaufenden Formen waren die ruhigen Zwischenräume sehr kurz, bei den anderen länger und die Anfälle der heftigen nymphomanischen Bewegungen wurden seltener und kürzer.

Dabei war immer eine steigende Circulationsbeschleunigung bei heftiger Herzbewegung zu beobachten, diese steigerte sich bis zu einem Puls von 140—150 Schlägen, und die Zunahme der Pulsfrequenz war das sicherste Anzeichen der ungünstigsten Prognose.

In den meisten dieser Krankheitsfälle trat unscheinbares, mehr weniger verbreitetes, oft hochgradiges Oedem der Kopfhaut auf, welches in den günstig verlaufenden Fällen verschwand.

In allen Fällen war die Hyperämie, obwohl in hohem Grade über die Convexität der Hemisphären ausgebreitet, im höchsten Grade besonders auf der inneren Fläche der Hemisphären in ihrem hinteren Abschnitte localisirt, besonders am hinteren Abschnitt der Zwingenwindung und ihrem Uebergange in die Hakenwindung, woselbst periencephalitische Adhäsion der Rinde an die Pia zu sehen war. Die Rinde daselbst sowie die Schichten der Hakenwindung waren hyperämisch.

In zwei Fällen war Thrombose, in einem Falle Phlebitis des Sinus falciformis im hinteren Abschnitte an der Kreuzung mit dem sinus transversus vorhanden.

Dr. Maresch vergleicht diese Localisation der pathologisch-anatomischen Veränderungen mit jener bei Epileptischen, besonders wenn bei denselben die Aetiologie auf sexuelle Basis hindeutet und in dem Verlaufe sexuelle Erregungszustände beobachtet werden und weist auf die Beobachtungen hin, wo bei ausgesprochenem Bestande der Epilepsie keine Veränderungen in der Hakenwindung beobachtet werden.

In Bezug der Therapie wurde nach Professor Albers in Bonn Digitalis in grossen Gaben versucht, doch wurde kein günstiger Erfolg erzielt, es trat sehr bald Unregelmässigkeit der Herzaction ein und die Fälle verliefen alle tödtlich.

Es wurde, von der Anschauung ausgehend, dass in den bezeichneten Fällen eine fortschreitende Lähmung des Vagus und der vasomotorischen Nerven die Ursache der Circulationsbeschleunigung sei, später Chinin in grösseren Dosen, 12—20 gr. pro die in Solution und kalte Binde, sowie Einwickelungen in nasse Tücher oder Kotzen mit günstigerem Erfolge angewendet.

Herr Professor Dr. Benedikt sprach über elektrotherapeutische Behandlung von Geisteskranken. Unter den Gründen, welche den Vortragenden zu derartigen Versuchen bewogen, erwähnt er zuerst den grossen Einfluss, welchen die Elektricität bei

den im weiteren Verlaufe zu Sclerose führenden Schwellungen im Centralnervensysteme übe, und besonders bei jener Form, welche als diffuse Sclerose des Centralnervensystems bezeichnet wird.

Da die psychischen Symptome häufig dieselbe anatomische Grundlage haben, so könne man a priori eine günstige Einwirkung des galvanischen Stromes annehmen.

Weiters kommen in Folge von Heerderkrankungen, und zwar auch im Gehirnstamm und Kleinhirn durch secundäre Gefässaufregung psychische Symptome ebenso zu Stande, wie Neuroretinitis, Schwindel etc., und kann man auf letztere günstig mittelst des galvanischen Stromes, besonders bei Behandlung des Sympathicus oder durch den Kopf einwirken, so sei ebenfalls im Vorhinein eine günstige Einwirkung auf die ersteren zu vermuthen.

Ein Drittes ist ferner die bekannte resorbirende Eigenschaft des galvanischen Stromes, die bei Erkrankungen, wie Hydrocephalus chronicus, Pachymeningitis hämorrhagica ein günstiges Resultat erwarten liesse. Eine weiters zu berücksichtigende Thatsache ist das abnorm erhöhte Reflexverhältniss zwischen sensibeln Haut- und Muskelfasern zu den vasomotorischen Nerven bei Geisteskranken.

Der Vortragende macht auf die letzten Mittheilungen Reich's über die Beziehung von vasomotorischen Reflexnerven zu Psychosen aufmerksam. Hieher gehöre auch die von Arndt mitgetheilte Thatsache, dass bei starker peripherer electrischer Reizung Veränderungen in der Pupille eintreten. Ebenfalls muss hier die Beobachtung erwähnt werden, welche der Vortragende oft gemacht hat, dass z. B. bei Reizung einer unteren Extremität Veränderungen in der Weite und Frequenz des Radialpulses der entgegengesetzten Seite eintreten. Auf diese Reflexreizung bei vasomotorischen Nerven müsse nämlich die von Arndt und Andern erwähnte Heilung von Depressionsformen der Geisteskranken durch ausgebreitete Haut- und Muskelreizung zurückgeführt werden. Letztere Methode sei nur bei Depressionsformen anwendbar, doch contraindiciren psychische Reizungserscheinungen die elektrische Behandlung nicht. Man müsse aber dann die Galvanisation des Sympathicus und durch den Kopf vornehmen. Letztere Methode sei überhaupt sehr wichtig und für die secundären Psychosen bei Heerderkrankungen im Gehirn schon von Remak mit Erfolg geübt worden. Aehnlich müsse man verfahren, wenn es sich um Resorption im Gehirne handle. Einige hieher gehörende Krankengeschichten werden vom Vortragenden mitgetheilt.

Protokoll der Sitzung vom 29. October 1870.

Der Vorsitzende Prof. Leidesdorf machte die Mittheilung von der schweren Erkrankung des Regierungs-Rathes Dr. Riedel.

Polizeibezirks- und Gerichtsarzt Dr. Witlacil hielt einen Vortrag über die Mängel unserer Strafrechtspflege gegenüber den Geisteskranken. Er wies nach, dass die Bestimmungen des Strafgesetzes mit der heutigen psychiatrischen Wissenschaft in grellem Widerspruche stehen, und dass überdiess die Strafprocessordnung vom 29. Juli 1853 dadurch, dass die Initiative zur Untersuchung des Geisteszustandes eines Angeklagten ganz dem richterlichen Ermessen überlassen ist, Anlass zur Verurtheilung von Geisteskranken gebe. Insbesonders sei es die Textirung „der Vernunft ganz beraubt," welche der Gesetzgeber zwar dem folgenden „oder bei abwechselnder Sinnesverrückung" gegenüber gestellt habe, die aber in der richterlichen Praxis zur Annahme einer theilweisen Zurechnungsfähigkeit geführt hat, welche nun der Richter selbst beurtheile. Wenn der Betreffende logisch denke, weil sein Denkmechanismus noch nicht gestört sei, erkläre man ihn für geistesgesund, und doch könne sein Bewusstsein bereits gefälscht und Geistesstörung vorhanden sein. Nicht minder gefährlich sei die Zurechnung der in den lichten Zwischenräumen begangenen Handlungen, da es schwer sei, selbst bei Congestivzuständen die Grenze anzugeben, bei pathologischen Veränderungen im Gehirn aber diese als der Ausgangspunkt angesehen werden müssen und eine Scheidung, was auf die Geistesstörung falle oder nicht, geradezu unmöglich sei. Ebenso nehme man beim Rausche Gradationen an, welche noch die Zurechnung gestatten, während doch der Rausch als acuter Alkoholismus in allen seinen Gradationen die Gehirnthätigkeit beeinflusset und da wolle man aus den nachträglichen Angaben des Beschuldigten, der sich häufig gar nicht zu erinnern weiss und aus den Aussagen von Zeugen über seinen Trunkenheits- und Bewusstseinsgrad auf die damalige Zurechnungsfähigkeit schliessen. Der Richter traue sich vermöge der von seinem Amte unzertrennlichen Autorität allzuviel Urtheil zu, und frage daher häufig gar keine Sachverständigen, deren Urtheil er überdiess nicht selten misstraue, woran die Mängel unseres psychiatrischen Unterrichts mit Schuld seien, welche machen, dass auch die Aerzte nicht immer den streng fachmännischen Standpunkt einnehmen, so dass der Richter dann sein Urtheil für gleichberechtigt erachte.

Redner führt als Beweise für das Gesagte drei Fälle aus seiner gerichtsärztlichen Praxis an. Der erste betrifft einen zwanzigjährigen Burschen J. H., der schon wiederholt wegen kleinerer Diebstähle abgestraft wurde, trotzdem er entschieden blödsinnig sei obwohl bereits die Sicherheitsbehörde das Gericht auf seinen Geisteszustand aufmerksam machte. Der Richter meinte, Angeklagter sei zwar etwas blöd, aber nicht in dem Grade, dass er nicht zurechnungsfähig wäre, holte kein ärztliches Gutachten ein und strafte ihn ab.

Ein zweiter Fall betraf den dienstlosen Commis K. F., welcher kurz nach seiner Entlassung aus dem Rudolfspitale, wo er mit einem Kopfleiden lag, wegen eines angeblichen Einbruchdiebstahls angehalten

und dem Gerichte übergeben wurde; seine Renitenz nahm man für besondere Gefährlichkeit. Ein Fluchtversuch aus dem Gerichtsarreste zog ihm Gewaltthätigkeiten seiner Mithäftlinge zu. Inzwischen wegen des Diebstahls zu acht Tagen strengen Arrestes verurtheilt, wurde er heftig tobend, und zerschlug Alles, zuletzt wurde erst der Berichterstatter über den Geisteszustand des Häftlings consultirt; er sendete ihn als tobsüchtig in das Landesgerichtsspital, von wo er der Irrenanstalt übergeben wurde; dort gestaltete sich das Leiden zu einer unheilbaren secundären Form.

Der dritte Fall endlich betraf einen eilfjährigen Knaben F. J. L., der durch frühe Verwaisung in die verwahrlosende Erziehung einer Kostpartei kam; öftere Misshandlungen veranlassten ihn, vier Singvögel des Söhnleins seiner Pflegemutter zu erdrosseln; ein Streit mit einem Mitpflegling um einen Kreuzer bestimmte ihn, dessen Bett anzuzünden, damit die Schuld und Strafe auf diesen falle. Das zuständige Bezirksgericht nahm auf die Aussage hin, dass der Knabe gern in's Feuer sehe und manchmal Krämpfe habe, Pyromanie und Epilepsie an, ohne einen Sachverständigen zu befragen, übergab ihn aber doch wegen boshafter Beschädigung fremden Eigenthums der Sicherheitsbehörde zur Abstrafung, die mit eintägigem Arrest erfolgte, worauf er dem Penzinger Rettungshause übergeben wurde. Nach einem Jahre wurde er von dort wegen Epilepsie entlassen; gegenwärtig, wo er wieder bei einer Pflegepartei ist, kommen die Anfälle häufig und stellt sich entschiedene Geistesschwäche heraus.

Redner zieht aus diesen und zahlreichen anderen Fällen, welche den Gerichtsärzten vorkommen, den Schluss, dass unsere Strafgesetzgebung eine entschiedene Umänderung zum Schutze der Geisteskranken bedürfe. Geistesstörung schliesse die Zurechnungsfähigkeit unbedingt aus; überall aber, wo sich Zweifel an der Geistesgesundheit des Beschuldigten ergeben oder auch nur seine Denk- und Handlungsweise unerklärlich erscheine, müsse ein sachverständiges Gutachten eingeholt werden und der Richter müsse in allen solchen Fällen hiezu verpflichtet sein.

Herr Prof. Regierungsrath Dr. Beer nimmt das Wort, um darzuthun, dass er Gelegenheit hatte in derselben Richtung zahlreiche Beobachtungen zu sammeln. Er beantragt, den Justizminister von Seite des Vereines auf diese Umstände und auf die Nothwendigkeit, dass bei Entwurf eines Strafgesetzbuches und der Strafprocessordnung ein Irrenarzt zugezogen werde, aufmerksam zumachen. Es möge der Verein zwei Herren bestimmen, welche diese Punkte formuliren und der Behörde vorlegen sollen.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Haller weist auf das Bestehen des §. 2 der Strafprocessordnung hin, welcher die Bestimmung enthält, dass, wenn Zweifel über den Geisteszustand des Inquisiten entstehen,

zwei Aerzte zu befragen sind. Redner theilt einen Fall mit, der die praktische Anwendung dieser Bestimmung beleuchtet und unterstützt den Antrag des Prof. Beer.

Der Vorsitzende Prof. Dr. Leidesdorf bemerkt, dass bei dem Umstande, dass das entworfene Strafgesetzbuch der Facultät vorgelegt werden soll, die Schritte in der angeregten Richtung bis zu dem Zeitpunkte der Vorlage zu verschieben wären, und beantragt, die Herren Dr. Haller und Dr. Witlacil sollen für die bezüglichen Paragrafe eine entsprechende Textirung feststellen, welche alsdann vorgelegt und zur Aufnahme in den Entwurf empfohlen werden könnte.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Flechner begann den Vortrag seiner Beobachtung von 11 Fällen von Brandlegern mit Rücksicht auf die Annahme des Bestehens der Pyromanie, schloss aber wegen vorgerückter Stunde mit der Einleitung ab.

Der Vortrag wird in einer der nächsten Sitzungen fortgesetzt und sodann im Auszuge mitgetheilt werden.

Protokoll der Sitzung vom 26. November 1870.

Der Vorsitzende Vicepräsident Professor Dr. Leidesdorf machte die Mittheilung von dem Ableben des Vereinspräsidenten, Regierungsrath Direktor Dr. Riedl; dessen Verdienste um die Psychiatrie im Allgemeinen und um den Verein insbesondere betonend, forderte er die Versammlung auf, ihr Beileid durch Absendung einer Deputation der trauernden Familie ausdrücken zu lassen.

Die Vereins-Versammlung betraute die Herren: Vicepräsidenten Dr. Leidesdorf und den Herrn Regierungsrath Professor Dr. Beer mit dieser Mission.

Herr Regierungsrath Professor Dr. Beer trug einen Beitrag zur Geschichte der Lehre vom Brandstiftungstrieb (Pyromanie) vor.

I. Ernst Platner. Indem er sich vorbehalte die Geschichte einer Hypothese darzustellen, welche durch viele Jahre Gerichtsärzte und Criminalisten blendete und zu deren Vertheidigung man Sätze aus der Physiologie und Pathologie mit scheinbarem Scharfsinn anwendete, der Hypothese nämlich, welche zuerst Henke im Jahre 1817 (in Kopp's Jahrbuch für Staatsarzneikunde, Bd. X. p. 118) aufstellte, dass mit der gesammten Entwickelung der Pubertätsperiode ein specifischer Brandstiftungstrieb zusammenhänge — bevor er diese historische Darstellung eingehe, erlaube er sich eine vielseitig ausgesprochene und nur

zu oft nachgeschriebene Ansicht zu berichtigen, als wäre E. Platner derjenige, welcher zuerst auf diesen Trieb aufmerksam gemacht. Zuerst war es Henke, welcher diese historische Unrichtigkeit einschmuggelte. Er führt nämlich in seiner ersten Abhandlung über diesen Gegenstand (Kopp l. c.) die von Platner mitgetheilten Fälle (mit Ausnahme eines Falles, den Platner in Kopp's Jahrb. Bd. X. p. 381 mitgetheilt) auszugsweise an, und fügt dann (p. 116 l. c.) wörtlich hinzu: „In den von Platner mitgetheilten Fällen hat, wie die oben befindlichen Auszüge beweisen, die Facultät den Einfluss der Entwickelungsvorgänge auf die krankhafte Feuerlust und Sucht zum Feueranlegen geradezu ausgesprochen.

Somit haben alle folgenden Schriftsteller die Autorität Platner's missbraucht und demselben eine Hypothese angedichtet, die er oder die Facultät, deren Referent er war, weit entfernt war aufzustellen. So z. B. sagt Dr. Landsberg über die Feuerschausucht (Henke's Zeitschrift 1845 G. II. p. 2): „Es gehört wahrlich nicht zu den geringsten Verdiensten des geistreichen Platner auf die Existenz einer solchen Geistesalienation aufmerksam gemacht zu haben, wenn man bedenkt, wie viele vor dieser Entdeckung den grausamen Tod auf dem Scheiterhaufen gefunden haben mögen.

Er müsse sich wundern, wie es möglich war und noch jetzt theilweise geschieht, dem grossen Platner einen solchen Irrthum anzudichten, wenn man unbefangen die von ihm mitgetheilten Fälle studirt, wie sie sich in seinen Quaestiones medicae (Lips. 1824 edit. Choulant) vorfinden.

Um also dieser historischen Unwahrheit ein Ende zu machen und diesen scharfsinnigen Gerichtsarzt und Philosophen gleichsam zu retten und ihn aus der Reihe der pyromanischen Hypothetiker zu streichen, theilt der Vortragende nun drei Fälle von Platner aus dem lateinischen Originale mit, aus denen sich herausstellt, wie unrichtig es ist, wenn die meisten Schriftsteller die Initiative der Annahme der Pyromanie dem Platner zuschreiben, während dieser diesem Gegenstande schon Ende des 18. Jahrhunderts, also lange vor Casper, die richtige Ansicht abgewonnen hatte.

Herr Dr. Obersteiner jun. macht hierauf nachstehende vorläufige Mittheilung:

„Die Untersuchung von Gehirnen paralytisch Irrsinniger, die in verschiedenen Krankheitsstadien gestorben waren, ergab, dass sich eine Periode erkennen lasse, in welcher in Folge der chronischen Hyperämie des Gehirns und des in derselben begründeten vermehrten Seitendruckes in den Gefässen, eine reichliche Setzung von Exsudat in die perivasculären Lymphräume einerseits, sowie ein auffallendes Austreten von weissen Blutkörperchen andererseits statt habe. Von den perivasculären Lymphbahnen können diese lebensfähigen Organismen in die Substanz des Gehirns selbst überwandern, und endlich hier

theils im Marke, theils in der Rinde eine höhere Organisationsstufe erreichen, indem sie Fortsätze aussenden und sich so zu Bindegewebskörperchen und von ihnen ausgehenden Bindegewebsfasern ausbilden, welche — diess entspricht einem späteren Krankheitsstadium — die von ihnen umfassten Nervenelemente zerstören und substituiren können. Mikroskopisch ist bei so weit vorgeschrittener Krankheit Atrophie und Sclerose des Gehirns zu finden.

Vom Gehirne der Säugethiere.

Von Th. Meynert. (Stricker's Handbuch IV. Heft.)

Wir wollen im Folgenden bloss das erste Capitel dieser Arbeit: „Ueberblick des Gehirnbaues" besprechen, da bei der Ausdehnung und Complicirtheit des Themas auch eine auszugsweise Erörterung des ganzen Gegenstandes bedeutenden Raum beanspruchen würde, behalten uns aber vor, späterhin auch die übrigen Abschnitte einer eingehenden Würdigung zu unterziehen.

Drei physiologische Grundgedanken sind es, die dem Bauplane des Gehirns augenscheinlich zu Grunde liegen, und die zum Verständnisse derselben wesentlich beitragen. 1. Die Empfindungsfähigkeit ist ein functionelles Attribut der Nervenzelle, das nur unter gewissen Umständen zur thatsächlichen Empfindung wird. Man darf den Empfindungsvorgang nicht blos in einem bestimmten Abschnitte des Gehirns suchen, z. B. in den Grosshirnlappen; der Amphioxus besitzt von grauer Substanz blos das Centralgrau des Rückenmarkes, und doch kann man diesem Thiere berechtigter Weise nicht alle Empfindung absprechen. 2. Das Bell'sche Gesetz, dahin erweitert, dass die functionelle Trennung in centripetal- und centrifugalleitende Fasern bis an die Hirnrinde durchführbar sei. 3. Das Gesetz der isolirten Leitung, welches bezüglich der weissen Substanz seinen morphologischen Ausdruck in der Faserung hinsichtlich der grauen Substanz darin findet, dass die Nervenzellen in der Richtung des Faserverlaufes axial gestreckt erscheinen.

Die Nervenzellen des Centralnervensystems bilden vier Kategorien grauer Substanz.

1. Eine flächenhafte Ausbreitung, als Grau der Hirnrinde.

2. Das Grau der grossen Ganglien in klumpiger Ausdehnung.

3. Das röhrenförmige centrale Höhlengrau, welches vom tuber cinereum bis zum conus medullaris die Höhle des Centralorganes auskleidet.

4. Das Kleinhirngrau.

Zu einem übersichtlichen Verständnisse des Hirnbaues muss man die Bewusstseinsvorgänge als Leistung der Grosshirnrinde auffassen, in welcher ebenso eine Sammlung aller Leitungsbahnen stattfindet, als im Bewusstsein eine Sammlung und Verknüpfung aller Empfindungsvorgänge. Zu diesem Umfassen erscheint die Grosshirnrinde geeignet durch ihre Form, als eine das Gehirn bedeckende Kappe. Von ihr aus strahlen die Nervenfasern convergent gegen innen und zum grossen Theil gegen das Hinterhauptloch, das sie passiren, um, nachdem sie schliesslich das centrale Höhlengrau durchsetzt haben, in die volle Breite der körperlichen Organisation zu divergiren.

Auf diesem Wege ist die Communication zwischen der Peripherie und der Grosshirnrinde, dem Träger des Bewusstseins, hergestellt, auf diesem Wege werden die Bilder der Sinneseindrücke auf die Hirnrinde projicirt und es verdient demnach dieser Antheil des Nervensystems, welcher die peripheren Nerven mit umfasst, den Namen Projectionssystem.

Die im Allgemeinen radiär von der Hirnrinde zu den grossen Ganglien verlaufenden Fasern stellen das erste Glied dieses Projectionssystems dar; aus den Ganglienmassen entwickelt sich das Hirnschenkelsystem als zweites Glied bis in's centrale Höhlengrau reichend, und aus diesem endlich entspringen die das dritte Glied des Projectionssystems bildenden peripheren Nerven bis zum untersten Steissnerven.

Es bestehen aber auch Verknüpfungen der einzelnen Rindenterritorien untereinander, und zwar haben als solche zu gelten vor Allem die Balkenfasern, welche identische Rindengebiete beider Hirnhälften miteinander verbinden. Die differenten Rindengebiete mögen allerdings durch das Anastomosennetz, welches die Zellfortsätze bilden, untereinander verknüpft sein, es bestehen aber auch markhaltige Faserbündel, welche die Innenfläche der Rinde auskleiden, zur Verbindung näherer oder entfernterer Rindengebiete, die Fibrae arcuatae, und indem diesem Verlaufe auch eine Verknüpfung der Erregungszustände beider Rindenpartien entsprechen muss, so ist für diese Bündel der Name Associationssystem gerechtfertigt.

Endlich zielt noch eine Summe von Markbündeln auf eine Verknüpfung der Grosshirnrinde mit der Kleinhirnrinde; diese sammeln sich in den Bindearmen zu einer gesonderten Formation.

Das Projectionssystem findet in den grauen Massen, die es durchsetzt, nicht bloss Unterbrechungsmassen, welche die dreifache Gliederung bedingen, sondern theilweise auch (nämlich mit Ausnahme des centralen Höhlengraues) Reductionsgebiete in doppelter Hinsicht. Einmal schon bezüglich der Fasersummen, indem das mächtige aus der Rinde ausstrahlende erste Glied endlich bis zu dem relativ unansehnlichen Umfang der Rückenmarkstränge vermindert wird, zweitens aber auch bezüglich der Zahl besonderer Verlaufsbündel. Das erste Glied des Projectionssystems zerfällt in eben so viele Bündel als graue

Ganglien zu unterscheiden sind, also in Bündel für Streifenhügel und Linsenkern, Sehhügel und Vierhügel, und endlich noch ein besonderes Bündel für den vorderen Höcker des Sehhügels, das Gewölbe. Diese Multiplicität der Bündel ist im zweiten Gliede zu einer Duplicität reducirt, dem Fusse und der Haube des Hirnschenkels, welche, nachdem sie Brücke und medulla oblongata durchsetzt haben, sogar in das morphologisch einheitliche Gebiet eines Markmantels der medulla spinalis übergehen.

Die grauen Unterbrechungsmassen vermitteln aber nachweislich auch noch ein theilweises Umbeugen der Fasern nach abseits gelegenen Centren; ein solches Beispiel stellt sich dar in dem Uebertreten eines Theiles des mächtigen Hirnschenkelfusses durch die Brückenarme in das Kleinhirn, so dass er aus der Brücke heraustretend zu der viel schwächeren Pyramidenformation reducirt erscheint.

Nach der Duplicität des zweiten Gliedes lassen sich die Ursprungsganglien derselben in die Ganglien des Fusses und in die der Haube unterscheiden, die ersteren sind hauptsächlich Streifenhügel und Linsenkern, die letzteren Sehhügel, Vierhügel und innere Kniehöcker. Nur die Bahn des Fusses vom Hirnschenkel und seine Ganglien stehen bezüglich ihrer Ausbildung in geradem Verhältnisse zur Massenentwicklung der Grosshirnhemisphären. Das wichtige pathologische Factum, dass Zerstörung der Ganglien des Hirnschenkelfusses volle Hemiplegie setzt und die gleichbedeutungsvolle, experimentell physiologische Beobachtung, dass auf äussere Anreize dennoch alle Bewegungsformen in technisch vollkommenem Ablauf vor Augen treten, wenn vom Säugethiergehirn zu oberst nur mehr die Ganglien der Haube übrig gelassen sind, zwingen zu der Voraussetzung, dass die Massen des Thierleibes in einer zweimaligen Projection: einmal durch den Fuss, einmal durch die Haube des Hirnschenkels im Gehirn vertreten, dabei aber nur durch den Fuss des Hirnschenkels in Abhängigkeit von dem Leben der Grosshirnlappen gesetzt sind.

H. B. Obersteiner.

Ueber die elektrische Erregbarkeit des Grosshirns.

Von G. Fritsch und E. Hitzig (Archiv v. Reichert und Du Bois 1870. 3. Heft.).

Aus den Versuchen, welche in dieser Arbeit mitgetheilt werden, ergibt sich einerseits die Unhaltbarkeit jener Ansicht, nach welcher alle das Grosshirn direct treffenden Reize wirkungslos bleiben, andererseits aber wird die Kenntniss von der Localisirung der Gehirnfunctionen durch die von den Verfassern gewonnenen Resultate um ein Bedeuten-

des gefördert; insbesondere findet auch die von Meynert auf anatomischem und pathologischem Wege erkannte Thatsache, dass hauptsächlich die vorderen Partien des Grosshirns den motorischen Functionen vorstehen ihre physiologische Bestätigung.

Durch Anwendung schwacher Ströme auf die vorderen Theile des Grosshirns vom Hunde konnten die Verfasser Muskelcontractionen erzielen, und zwar von genau umschriebenen und ganz constanten Stellen aus bei den verschiedenen Versuchsthieren immer dieselben Muskelcomplexe der anderen Seite zur Contraction bringen.

Als Gegenversuche wurden anderen Hunden diejenigen Stellen der Hirnrinde, welche durch die elektrische Reizung als Bewegungscentren für eine gewisse Muskelgruppe befunden worden waren, exstirpirt, z. B. ein etwa linsengrosses Stück der Hirnrinde aus jener Stelle entfernt, von welcher aus mittelst des elektrischen Stromes die Muskeln des Vorderbeines bewegt werden konnten. Die Folge davon war, dass das Thier allerdings die betreffenden Muskeln alle noch bewegen konnte, dass aber die Pfote seitwärts auswich, oder aber in eine ungewöhnliche Stellung gebracht, nicht zurückgezogen wurde.

Wenn daher nach der Entfernung der erwähnten Hirnpartie für die Entstehung motorischer Impulse noch andere Stätten vorhanden waren, so scheint es dass hingegen den Thieren die Fähigkeit abhanden gekommen war, sich vollkommene Vorstellungen über den Zustand des Gliedes zu bilden.

H. B. Obersteiner.

Prof. Schiff. Die Selbstständigkeit des Sympathicus.

Veröffentlicht von A. Herzen. (Giornale l'Imparziale X. 1870.)

Die Frage über die Abhängigkeit oder Unabhängigkeit des Sympathicus vom Gehirn und Rückenmark ist noch immer zu keinem Abschlusse gelangt.

Da ein solcher weder durch anatomische, noch pathologische Thatsachen gewonnen werden konnte, hat sich Prof. Schiff an das physiologische Experiment gewendet. Derselbe hat sich vor Allem die Frage gestellt, welche Verrichtungen dem Sympathicus zukommen.

Molinelli und Petit hatten schon im vorigen Jahrhundert den Einfluss beobachtet, welchen der Sympathicus auf das Auge hat; Valentin und Andere haben es später bestätigt, dass die Durchschneidung des Halstheiles die Pupille verengert, während die Reizung desselben sie erweitert; Wagner zeigte weiterhin, dass im ersten Falle der Bulbus des Auges sich etwas in die Augenhöhle zurückzieht,

im zweiten dagegen aus derselben prominirend hervortritt, wie beim Exophthalmus.

Budge und Waller wiesen nach, dass die Reizung des Centrum ciliospinale im Rückenmarke gleiche Erscheinungen erzeuge, wie die Reizung des Halstheiles des Sympathicus und machten damit den Ursprung desselben aus dem Rückenmarke wahrscheinlich. Schiff geht aber noch weiter und thut dar, dass die Durchschneidung des verlängerten Markes gleiche Erscheinungen hervorrufe, wie die Durchschneidung des Halstheiles des Sympathicus, und dass somit das verlängerte Mark die Ursprungsstätte dieser Erscheinungen sei.

Eine weitere Function des Sympathicus ist nach Valentin's Beobachtung die vasomotorische Verengerung der Capillargefässe und Steigerung des Blutdruckes bei Reizung, Erweiterung der Gefässe und Sinken des Blutdruckes bei Durchschneidung.

Absehend von den Fällen, in welchen die Rückenmarksnerven einen vasomotorischen Einfluss ausüben, sucht Schiff den experimentellen Beweis zu führen, dass man den Ursprungsort der dem Sypathicus zugeschriebenen vasomotorischen Thätigkeit bis in das cerebrospinale Centralsystem verfolgen könne.

Was den Einfluss des Sympathicus auf den Herzmuskel betrifft, so läugnet Schiff denselben in entschiedener Weise.

Die peristaltischen Darmbewegungen können nach Schiff ebenfalls vom Rückenmarke aus, wenn man den Dorsaltheil desselben reizt, je nach der Art der Reizung modificirt werden. Dieser Einfluss hört auf, wenn man den Splanchnicus durchschneidet.

Bezüglich der Betheiligung des Sympathicus an der Ernährung und den Secretionen, betrachtet Schiff die erstere als einen chemischen Vorgang, auf den der Nerveneinfluss ein indirecter, auf die Gefässthätigkeit beschränkter ist. Die letzteren gehen in vielen Drüsen unter dem Einflusse von Rückenmarksnerven vor sich, in anderen Drüsen wird die secretorische Thätigkeit durch den Sympathicuseinfluss sistirt, weil in solchem Falle die auf die Gefässverengerung wirkenden Nervenfasern im Sympathicus, die auf die Gefässerweiterung wirkenden im centralen Nervenapparate verlaufen. Da aber Schiff nachgewiesen zu haben glaubt, dass die einen wie die andern im verlängerten Marke entspringen, so ist es unzweifelhaft, dass auch hier der Sympathicus nur als Leiter der vom verlängerten Marke ausgeübten Function zu betrachten ist.

Nachdem Schiff gezeigt hat, dass auch die trophischen Vorgänge unter dem Einflusse des sogenannten animalen Nervensystems stehen, führt er Fälle an, in denen der vegetative Nerv, der Sympathicus, die Functionen des animalen Nervensystems ausübt.

Es ist unbestritten, dass psychische Acte vom Gehirn aus bestimmt werden; bringt man einen Hund und eine Katze zusammen, so äussert sich ihre psychische Erregung vor Allem damit, dass die Haare des Hundes sich am Rücken, die der Katze am Schwanze auf-

stellen. Zerstört man nun z. B. bei letzterer den Lendentheil des Rückenmarkes und bringt die Katze mit einem ihr fremden Hunde zusammen, so richten sich nach wie vor die Haare ihres Schwanzes auf. Lässt man die Spinalnerven intakt und durchschneidet beiderseits den Abdominaltheil des Sympathicus, so bleibt, wenn der Hund die Katze angreift, der Schwanz der letzteren glatt, die Haare stellen sich nicht auf.

Schiff erörtert nun weiter die anatomische Vertheilung und Provenienz der den Schwanz der Katze versorgenden Sympathicusfäden, welche Erörterung im Originalaufsatze nachzusehen ist.

Leidesdorf.

Der Centralvenenpuls bei Epilepsie und verwandten Zuständen.

Von Prof. Dr. Köstl und Docenten Niemetschek. (Prager Viertelj.-Schrift 1870.)

Vorliegende Abhandlung bildet nur einen Theil einer von den genannten Autoren unternommenen Arbeit über Verwerthung des Augenspiegels bei Psychosen. — Es wurden zu diesem Behufe an 250 Individuen 468 Augen untersucht; darunter sind es 66 Augen an nur 36 Kranken, bei denen der Venenpuls gefunden wurde.

Die mit Venenpuls ausgezeichneten 36 Fälle betreffen Epilepsie und mit ihr verwandte Zustände. Die Krankengeschichte dieser Fälle, sowie die gewöhnlich in jedem einzelnen mehrmals wiederholten ophtalsmoskopischen Befunde sind ausführlich und eingehend mitgetheilt.

Die Verf. theilen die Fälle in drei Gruppen: 1. Solche mit exquisiter Epilepsie, 12 an der Zahl von denen 10 mit stark ausgesprochener maniakalischer Aufregung. 2. Solche, welche annähernd als Epileptische aufzufassen sind, 17 an der Zahl. 3. Solche, bei welchen die epileptischen Erscheinungen gar nicht zur Vormerkung kamen, weil sie zu flüchtig oder zu leise auftraten, oder weil, wenn auch zu irgend einer Zeit vorhanden gewesen, sie nicht mehr der Erinnerung der Kranken entnommen werden konnten. Diese Beobachtungsreihe umfasst sieben Fälle.

Die ophtalmoskopische Untersuchung an vorliegendem Materiale ergab Folgendes:

1. Linsentrübungen kamen in geringer Zahl vor und zeichneten sich dadurch aus, dass sie vorwaltend in der Linsensubstanz

ihren Sitz hatten, wo sie theils als kleine opake Pünktchen, theils als speichenformige Trübungen auftraten.

Partielle Trübungen der Linsensubstanz kamen überwiegend bei der zweiten Gruppe der beobachteten Kranken vor.

2. Refractionsanomalien. Eilf Kranke wurden mit Hyperopie behaftet gefunden. Bei einem Kranken mit inveterirter Epilepsie (Beob. XXX.) fand man an dessen Auge die Reste der Wachendorf'schen Membran und konnte man von derselben auf Entwickelungsstörungen schliessen.

3. Myopie in 2 Fällen.

4. Pigmentmaceration. Bei 16 Kranken fand man die Choroidealgefässe theils angedeutet, theils sichtbar, in Folge der mehr weniger geschwundenen Pigmentepithelzellen, welche als ein Theil der Netzhaut aufzufassen sind. Sämmtliche hier verzeichnete Fälle waren mit Ausnahme eines einzigen unheilbar.

5. Veränderungen an der Papille.

a) Anomalien der Form. Die Form der Papille weicht im Allgemeinen nicht von der Norm ab, nur in 2 Fällen wäre die Annahme einer angebornen Formveränderung berechtigt, indem die Papille einmal eine unregelmässige Gestalt, das andere Mal die eines verticalen Rhombus darbot.

b) Niveauänderungen der Papille. Opticusexcavationen wurden bei 9 Kranken 12mal gefunden, sie waren theils central, theils peripher; ferner musste ein Theil derselben als angeboren angesehen werden.

c) Anomalien der Grösse. Nur einmal wurde eine auffallende Kleinheit der Papille wahrgenommen.

d) Anomalien der Farbe. Bei anämischen Zuständen erblasst das Grauroth der Papille, und zwar hauptsächlich an deren äusseren Hälfte so sehr, dass man mitunter die lamina cribrosa zu Gesicht bekommt. Es wurde nun in 6 Fällen die Hälfte, in 9 Fällen blos ein Drittel der Papille von normal graurother Farbe gefunden.

Die Ursache der Hirnanämie war entweder eine allgemeine Anämie oder durch locale Verhältnisse bedingte und manifestirte sich im Auge durch Erblassen der Papille.

Zwei Patienten, wo die Papillen nicht weisslich, sondern grau waren, litten an Zeichen der Hirnatrophie. Diese traten eminenter hervor bei demjenigen Kranken, wo die graue Verfärbung an beiden Opticusscheiben vorhanden war.

6. Succulenz der Netzhaut. In 10 Fällen, welche die Erscheinungen allgemeiner Anämie darboten, ergab die Untersuchung trotzdem einen durch vermehrten Blutgehalt erzeugten Turgor der Netzhaut, eine der Anämie folgende reactive Hyperämie mit stärkerer

Füllung der Venen und der Opticuscapillaren. Die Centralvenen waren theils mässig, theils bedeutend ectasirt, bei keiner einzigen Beobachtung enge.

Ectasie der Centralvenen, stärkere Füllung der Opticuscapillaren und Turgor des Netzhautgewebes charakterisiren also die reactive Hyperämie.

Es ist hervorzuheben, dass bei den meisten Fällen, wo Turgor Retinae besteht und eine günstige Prognose Platz greift, keine Veränderung in dem Pigmentepithel gefunden wird.

Bei alten unheilbaren Epileptikern ist Erweiterung der Centralarterienstämme, Verengerung der Centralvenen und Mangel der Netzhautreflexe (welche bei ihrem Vorhandensein das vigente, physiologisch turgescirende Auge charakterisiren) der regelmässige Befund. Dem Collapsus der Netzhaut folgt die Pigmentmaceration der Pigmentepithelschicht.

7. Centralgefässe der Netzhaut. Sie befanden sich häufig in entgegengesetztem Verhältnisse der Füllung. Man beobachtete bei weiten Arterienstämmen enge Venenstämme und bei engen Arterienstämmen weite Venenstämme.

Weite Centralarterien charakterisiren die Periode schwerer epileptischer Erkrankung.

Weite Venen finden sich häufig im Stadium reactiver Hyperämie und sind von günstiger prognostischer Bedeutung.

8. Der Venenpuls. Die Ursache dieses Phänomens ist nach den Verf. in der allgemeinen Anämie des Körpers oder in der localen des Kopfes zu suchen, da Alles, was den Blutdruck in der Carotis interna vermindert, Anlass zum Venenpulse geben kann.

Die Anämie der Netzhaut äussert sich zunächst durch das Pulsphänomen an den Venen, bei verstärkter Drucksteigerung durch den Puls der Arterien.

Der Venenpuls wurde in den 36 mitgetheilten Fällen nicht immer an beiden Augen und auch nicht in gleicher Intensität wahrgenommen. Auffallend ist der prädilecte Sitz des Venenpulses im linken Auge.

Der seiner vielen Details wegen, die einen Auszug nicht zulassen, im Originale nachzulesende Aufsatz schliesst mit folgenden Ergebnissen:

1. Der Venenpuls wird erzeugt, wenn das Auge durch extra- oder intraoculären Druck anämisch gemacht wird.

2. Wenn Anämie des Auges, die sich durch Erblassen der Papille manifestirt, durch allgemeinen Blutmangel oder durch mangelhafte Füllung der Carotis interna entsteht, so tritt ebenfalls Venenpuls auf. Desshalb erscheint dieses Phänomen bei Epilepsie und verwandten Zuständen, wo Hirnanämie die Ursache der Erkrankung ist.

3. In geringen Graden von Anämie leiden die Kranken an zeitweiligem Schwarzwerden vor den Augen, an Schwindel und vorübergehendem Verluste des Bewusstseins. Je grösser die Anämie wird, um so grösser wird die Ohnmacht der davon befallenen Organe. Beim Auge vergeht das Sehen, beim Gehirn das Empfinden, Wollen und Denken. Der Mensch wird auf längere Zeit bewusstlos.

4. Bei Anämischen findet man auch Röthung der Papille, Ausdehnung der Netzhautvenen und Schwellung des Netzhautgewebes.

Dieser Zustand kann nur als Zeichen einer der Anämie folgenden Hyperämie gedeutet werden. Bei geringem Grade von reaktiver Hyperämie entstehen Schmerzen, Krämpfe, erhöhte Reizbarkeit, Aufregung. Bei höherem Grade kommt es zu allgemeinen Convulsionen, zu Hallucinationen, zur Manie.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

am 28. Jänner 1871 um 6 Uhr Abends.

I. Mittheilung des Präsidiums über die Genehmigung der Statuten-Aenderung.

II. Wahl des Präsidenten und eines Sekretärs.

III. Fortsetzung des Vortrages des Herrn Land.-Ger.-Arztes Dr. Flechner über 11 Fälle von Brandstiftung.

IV. Regierungsrath Prof. Dr. Beer. Fortsetzung des Vortrages: „Beiträge zur Geschichte des Brandstiftungstriebes.“ (II. Adolf Henke.)

Diejenigen Herren, welche vorläufige Originalmittheilungen oder Artikel, über welche sie ein Referat wünschen, einsenden wollen, mögen diese an einen der Redakteure unter folgender Adresse gelangen lassen:

Prof. Beer, Negerlegasse 2.
Prof. Leidesdorf, Oberdöbling 47.
Prof. Meynert, Landesirrenanstalt in Wien.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

25. Februar 1871. Nr. 2.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

H. Beer, M. Leidesdorf und Th. Meynert.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Bericht über die Vereinssitzung vom 28. Jänner 1871. — Rudolf Arndt, die Elektricität in der Psychiatrie. — Rippenbrüche bei Geisteskranken, a) von Georg Hearder; b) von Prof. Gudden. — O. Wolff, die subcutane Morphiumtherapie bei Geisteskranken. — R. Arndt, Beobachtungen an ampullären Gefässektasien. — Heidenhain, über bisher unbeachtete Einwirkung des Nervensystems auf die Körpertemperatur und den Kreislauf. — Fr. Fieber, über eine noch nicht beschriebene Form von Anomalie der Bewegungsbeschränkung.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 28. Jänner 1871.

Der Vorsitzende Prof. Leidesdorf macht eine Mittheilung über die von der hohen Statthalterei erfolgte Bewilligung der geänderten Vereinsstatuten, und bringt zur Kenntniss des Vereines, dass der Verwaltungsrath die entsprechenden Aenderungen der Geschäftsordnung berathen wird.

Der Vorsitzende legt die erste Nummer des psychiatrischen Centralblattes vor und fordert im Namen des Redactionscomités die Mitglieder des Vereines auf, zur Unterstützung des Blattes beizutragen.

Hierauf werden gewählt zu Mitgliedern des Vereines Dr. Obersteiner jun. und Dr. Szadetzky, Secundararzt an der Irrenanstalt in Klosterneuburg; zu Secretären Herrn Dr. Morscher und Dr. Zippe, Assistenten der psychiatrischen Klinik; endlich wurde die Neuwahl eines Präsidenten vorgenommen und dazu Dr. Spurzheim, Director der Wiener Landesirrenanstalt beinahe einstimmig gewählt.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Flechner setzt seinen in vorletzter Sitzung begonnenen Vortrag über Pyromanie fort. Es bezieht sich dieser Vortrag auf die gerichtsärztlichen von ihm gepflogenen Untersuchungen von 11 Brandlegungsfällen; von denen 10 geisteskrank, einer geistesgesund befunden wurde.

Nach vorausgeschickter Literatur schliesst sich F. den Ansichten Ideler's, welcher die Pyromanie als ein Abstractum betrachtet, dessen

der Gerichtsarzt nicht bedürfe, und den Anschauungen Casper s, Griesinger's, Will. Jessen's und Lion's sen. an, welche die Brandstiftungen ebenso wie andere von Geisteskranken verübte Handlungen aus ihrem krankhaften Zustande, ihren Angstgefühlen, Wahnvorstellungen, aus ihren Hallucinationen und ihrer Verblödung etc. erklären, und darthuen dass man ebensowenig berechtiget sei für die Brandstiftung Geisteskranker eine besondere Species von Irrsein aufzustellen, als man es bei anderen Handlungen Geistesgestörter ist. — Zu dieser Ueberzeugung ist auch Dr. F. nicht nur durch die unbefangene und unparteiische Lectüre selbst der Anhänger der Pyromanie als solcher gelangt, sondern auch durch die Beobachtung und das Studium der Fälle, die sich ihm in seiner dreizehnjährigen gerichtsärztlichen Thätigkeit dargeboten haben; von denen kein einziger einen Anhaltspunkt für die Annahme eines besonderen Brandstiftungstriebes, einer Pyromanie darbot.

Man müsse nur jeden einzelnen Fall nach seinen individuellen Verhältnissen und eigenthümlichen Zuständen prüfen und beurtheilen. Die Aufstellung einer Chablone sei hier ganz und gar unzulässig und führe nur zu einer falschen oder mindestens oberflächlichen Beurtheilung.

Von den 11 von dem Vortragenden beobachteten Fällen betrafen 7 männliche, 4 weibliche Individuen.

Acht befanden sich im Alter zwischen 15 und 25 Jahren, 3 hatten das 30. Lebensjahr überschritten.

Acht gehörten dem Bauernstande an, einer war Wagenmacher, einer Bäckergeselle, einer Handlungscommis.

Es folgen nun die charakteristischen Symptome jedes einzelnen Falles, welche F. in ausführlichen Krankengeschichten nebst gerichtsärztlicher Begutachtung mitgetheilt hat.

1. Fall. Betrifft einen von der Wahnidee beherrschten Sohn, dass das Abbrennen des väterlichen Hauses den Vater zur Erfüllung der widersinnigen Forderungen des Brandlegers zwingen werde.

Im 2. Falle sind Hallucinationen und Wahnideen vorhanden, durch die Brandlegung zu dem vermeintlich vorenthaltenen Gelde zu gelangen.

3. Fall ist ein Racheakt eines geistig verkommenen, von Hallucinationen und Wahnvorstellungen beherrschten Individuums.

Im 4. Falle finden wir Blödsinn und durch Weingenuss herbeigeführte Verwirrtheit.

5. Fall. Betrifft einen Akt von Rache und Bosheit eines Blödsinnigen, der nicht wusste, dass seine Handlung strafbar sei.

6. Fall. Ein Blödsinniger wurde durch ein paar geschenkte Kreuzer zur Brandlegung verleitet.

7. Fall. Blödsinn und Beredung zur Brandstiftung durch ein böswilliges Weib.

8. Fall. Brandlegung als Ausfluss von Hass und Rache eines psychisch verkommenen blödsinnigen Individuums.

9. Fall. Ein moralisch verkommener, aber geistesgesunder Mensch, welcher 5mal aus Bosheit Feuer anlegte.

10. Fall. Melancholie mit Angstgefühlen, Lebensüberdruss und Steigerung dieser Zustände zur Zeit der Menstruation; Selbstmordversuch und Brandlegung, in Folge eines inneren Dranges durch eine That sich der Angstgefühle zu entledigen; auch als Mittel, um den Dienst zu verlassen, den die Kranke überhaupt bei ihrer Unstetheit oft wechselte.

11. Fall. Betrifft ein cretinartiges, auf dem Niveau der Kindheit gleichsam zurückgebliebenes Geschöpf, ganz ohne Fähigkeit Recht von Unrecht zu unterscheiden.

Prof. Beer fährt in seinen Beiträgen zur Geschichte des Brandstiftungstriebes fort.

Er thut dar, dass eigentlich Osiander es ist, welcher zuerst den Zusammenhang der Sexualentwickelung mit der Lust Brand zu legen hervorgehoben hat, und zwar in seiner Schrift über den Selbstmord (Hannover 1813) und dann in seiner bekannten Arbeit über die Entwickelungskrankheiten in den Blüthejahren des weiblichen Geschlechtes (Tübingen 1816. 2. Auflage 1820). — Und wie Prof. Beer früher nachgewiesen hat, dass Platner an der Entstehung der Hypothese vom Brandstiftungstriebe unschuldig ist, so zeigt er nun, dass Osiander als der eigentliche Urheber dieser Hypothese zu betrachten sei.

Hierauf geht der Vortragende zur Würdigung der Ansichten Henke's von der Pyromanie über.

Die erste Abhandlung, in welcher Henke auf diesen Gegenstand aufmerksam macht, befindet sich in Kopp's Jahrbüchern der Staatsarzneikunde, Jahrgang 1817, mit der Ueberschrift „Ueber Geisteszerrüttung und Hang zur Brandstiftung als Wirkung unregelmässiger Entwickelung bei Eintritte der Mannbarkeit.“

Henke trachtet die diagnostischen Merkmale der in dieser Lebensperiode der Individuen eintretenden Erkrankungen des Nervensystems festzustellen und fügt hinzu, dass die Beurtheilung der in diese Zeit fallenden psychischen Erkrankungen, namentlich durch einen Umstand erschwert wird, der sonst als Merkmal der Entwicklungskrankheit gelten kann, nämlich durch das rasche unerwartete Eintreten und plötzliche Verschwinden derselben; die in Rede stehenden psychischen Störungen können alle Formen und Grade der Melancholie, des Wahnsinns, der Tobsucht durchlaufen.

Die so oft von Knaben und Mädchen vollzogene Brandlegung scheint Henke häufig auf einem besonderen, durch die körperliche Entwickelung veranlassten Anreiz zu beruhen. — Verkennen die Richter und Aerzte, sagt Henke, dass der Trieb zum Feueranlegen auf körperlicher Krankheitsursache beruhen könne, so wird nach begangener That der Unglückliche leicht als Verbrecher bestraft, während bei demselben, als psychisch Krankem, keine Freiheit und Zurechnung besteht. — Gleichzeitig stellt H. in fünf Sätzen zusammen-

gefasste Regeln auf, welche der Gerichtsarzt bei der Begutachtung der Brandstiftung jugendlicher Individuen vor Augen haben soll.

Die Elektricität in der Psychiatrie.

Von Dr. Rudolf Arndt (Arch. f. Psychiatrie 2. Bd. 2. u. 3. Heft).

Die ersten Nachrichten über die Anwendung des elektrischen Stromes stammen aus den ersten Jahren unseres Jahrhunderts. Doch stehen die bezüglichen Beobachtungen theils vereinzelt da, theils fehlt ihnen die wissenschaftliche Genauigkeit. Erst nachdem 1850 Duchenne mit seinen Arbeiten hervorgetreten war, Moriz Meyer die Elektricität in ihrer Anwendung auf praktische Medicin dem grösseren ärztlichen Publikum zugänglicher gemacht, Remak die Disciplin in strictere Bahnen gelenkt, Du Bois Reymond, Pflüger und Heidenhain bestimmte physiologische Gesetze für die Einwirkung der Elektricität gefunden hatten, wurde auch in den Irrenanstalten der Versuch gemacht, den elektrischen Strom zur Behebung der Geisteskrankheiten anzuwenden.

Im Jahre 1859 veröffentlichten die Chefärzte von Maréville DDr. Teilleux und Auzouy in den Annal. médico-psychologiques ihre Erfahrungen über die Wirkungen des elektrischen Stromes bei Geisteskranken.

Die bisher angeführten Beobachtungen wurden unter Anwendung des Rotations- und Inductionsapparates angestellt.

Die ersten genauen Mittheilungen über die Verwendbarkeit und die Heilwirkung der galvanischen Batterie bei Geisteskranken verdanken wir Prof. Benedikt (Elektrotherapie 1868).

Auf diese wenigen Thatsachen gestützt, versucht nun Dr. Arndt genauere Anhaltspunkte für die Anwendung der Elektricität bei Psychosen zu gewinnen, nachdem eine durch die Faradisation eines Kranken mit progressiver Paralyse erzielte Besserung ihn besonders dazu aufgemuntert hatte.

Arndt stellte noch eine Reihe von Versuchen mit dem faradischen Strome bei Geisteskranken an, kein einziger aber führte mehr zu einem so günstigen Resultate. — Die quälenden Wahnvorstellungen der Melancholiker, so wie die Angstgefühle nahmen noch zu und erreichten oft eine Höhe, die von einem weiteren Experimentiren abhalten mussten. — Ebenfalls ungünstige Wirkungen beobachtete er bei den secundären Formen. — Bei apathisch Blödsinnigen traten leicht Ohnmachten ein.

Günstigen Einfluss hingegen beobachtete A. bei einfachen primären oder secundären Depressionszuständen. Er gelangt zu dem

Schlusse, dass der inducirte Strom auf die erkrankten Centralorgane einen stark erregenden Einfluss ausübe und in allen Fällen von primärer psychischer Erkrankung contraindicirt sei, in welchen man es mit einer gesteigerten Erregbarkeit zu thun hat.

Desgleichen sei sie wegzulassen in allen secundären Fällen, die sich durch hochgradige reizbare Schwäche auszeichnen und passe nur für die Fälle einfacher Depression, die durch Erlahmung der Function charakterisirt seien.

In Fällen, wo in Folge psychischer Depression der Athmungsprocess oberflächlich und unzureichend ist, wurde die Faradisation der Nervi phrenici vorgenommen.

Drei ausführlich mitgetheilte, im Original nachzulesende Beobachtungen dienen zur Erhärtung der eben angedeuteten Indicationen.

Die Wirkung des inducirten Stromes zeigt nach A. viel Gemeinsames mit der Wirkung kalter Bäder und Douchen, er ist wie diese ein Reizmittel. — Niemals ist er ein Kräftigungsmittel, noch weniger kommt ihm eine specifische Leistung zu.

Verfasser geht nun zur Würdigung der Wirkung des constanten Stromes über, welcher einen eingreifenden, die Functions- und Ernährungsverhältnisse ändernden Einfluss ausübt.

Nachdem A. das Zustandekommen des constanten Stromes und die bisher entdeckten physiologischen Gesetze, nach denen er wirkt, auseinandergesetzt, die für die Praxis wichtigen Grundsätze über den auf- und absteigenden Strom und die dadurch erzeugten zwei Formen des Elektrotonus, den Katelektrotonus und den Analektrotonus besprochen hat, zieht er endlich auch die Oertlichkeit in Betracht, an welcher der Strom zur Geltung gebracht werden soll.

Stimmt Verfasser auch mit der Ansicht, die Psychosen als Gehirnkrankheiten aufzufassen, vollkommen überein, so sei doch nach einer gemeinsamen Grundlage zu suchen, von welcher man bei der Beurtheilung des Einzelfalles auszugehen habe. Diese gemeinsame Grundlage glaubt A. in jenen feinen Molecularveränderungen des Gehirnes zu finden, welche sich durch gesteigerte Beweglichkeit der Molecule, durch erhöhte Impressionabilität kundgeben und bewirken, dass periphere oder centrale, nicht die Grosshirnrinde selbst, sondern nur das Rückenmark oder die Medulla obl. treffende Reize, Psychosen erzeugen und dass in der Mehrzahl der Fälle von Geistesstörung ein tieferes Hirnleiden sich erst auf Grund dieses Spinalleidens entwickle. Demnach habe man die Wirkung des galvanischen Stromes nach gehöriger Würdigung des Falles auf periphere Nerven, auf das Rückenmark und die Medulla oblongata anzustreben.

Was nun die periphere oder centrale Verwendung anbelangt, so wird man den Strom peripher allein kaum jemals in Anwendung ziehen.

Dagegen in Verbindung mit der Behandlung des Rückenmarkes ihn peripher da benützen, wo die Psychose mit oder nach einer Neu-

ralgie aufgetreten ist und durch sie unterhalten wird, und wo die bestehenden Symptome mit dem Eintritte peripherer Affectionen, Herzklopfen, Brustbeklemmung, Larynxkrämpfen sich verschlimmern. Auf das Rückenmark wird man ihn beschränken, wo die peripheren Affectionen fehlen oder als excentrische Projectionen zu betrachten sind.

Die Galvanisirung des Kopfes resp. des Gehirnes, welche bisher nur wenig ermunternde Resultate ergeben hat, ist nach A. auf die Fälle zu beschränken, in denen man nur vorübergehend, beruhigend oder anregend wirken will.

Endlich kann die galvanische Batterie auch in jenen Fällen versucht werden, in welchen die Rückenmarksaffection durch Erkrankung peripherer Organe erzeugt und unterhalten wird.

Für die specielle Anwendung des galvanischen Stromes bedarf es jedesmal einer speciellen Erwägung der obwaltenden Verhältnisse. Um diesem Ausspruche eine praktische Grundlage zu geben, werden mehrere Krankengeschichten in extenso mitgetheilt und das eingeschlagene Verfahren motivirt.

Gemäss dem Satze, dass im Katelektrotonus die Reizbarkeit erhöht, im Anelektrotonus vermindert sei, wurde wo eine Verminderung der Reizbarkeit nothwendig schien, der absteigende, im umgekehrten Falle der aufsteigende Strom angewendet. Doch wird eben an der Hand der klinischen Beobachtung darauf aufmerksam gemacht, dass sich nicht immer von vorne herein das einzuschlagende Verfahren bestimmen lasse, dass z. B. ein vorhandener Reizzustand durch das Bild der Parese maskirt sein, und dass erst der Erfolg oder Misserfolg der Behandlung darüber Aufschluss geben könne.

Auffallend günstig wirke der galvanische Strom in jenen Fällen psychischer Erkrankung, in denen die cerebralen Symptome sich auf vasomotorische Störungen zurückführen lassen; aber auch da, wo schon gröbere Veränderungen eingetreten sind, könne man nicht selten eine Besserung oder Beruhigung erzielen. Leidesdorf.

Rippenbrüche bei Geisteskranken.

a) Von Georg Hearder, Director des Grafschaftsasyls Carmarthen (Jour. of ment. sc. Jän. 1871.)

b) Von Prof. Gudden (Arch. f. Psychiatrie II. Bd. 3. Heft).

a) G. Hearder theilt mit, dass im Grafschaftsasyle Carmarthen im Laufe des Jahres 1870 zwanzig Obductionen gemacht und in jedem Falle der Zustand der Rippen und des Sternums genau untersucht wurden.

In 11 Fällen wurden dieselben normal, in 9 Fällen aber in einem pathologischen Zustande gefunden, in einer mehr weniger grossen Gebrechlichkeit der Knochen, so dass ein scharfer Fingerdruck sie fracturiren und man mit dem Messer sie schneiden konnte. In einigen Fällen war die spongiöse Substanz an der Stelle, welche unter dem Drucke brach, grösstentheils geschwunden, an ihrer Stelle fand man eine mit dünnem Eiter erfüllte Höhle.

Die an den Leichen erzeugten Rippenbrüche waren unvollständige, das Periost blieb unversehrt, der Knochen verharrte in seiner Lage und ergab bei genauester Untersuchung keine Crepitation.

In drei Fällen war das Sternum an einer und derselben Stelle, nämlich an der Ansatzstelle der zweiten und dritten Rippe, erkrankt und abnorm friabel. Dieser pathologische Zustand des knöchernen Brustkorbes ist an keine Form der Geisteskrankheit gebunden und kann in jedem Alter und bei beiden Geschlechtern auftreten.

Die hie und da in Irrenanstalten vorkommenden Rippenbrüche sind daher nur selten auf Rechnung von Misshandlungen seitens des Wartpersonales zu setzen und es ist nach H. zu verwundern, dass bei diesem nicht selten vorkommenden krankhaften Zustande der Knochen unruhige Kranke nicht öfter Rippenbrüche erleiden. Dieser Umstand spreche für die grosse Sorgfalt des Wartpersonales.

b) Professor Gudden hat schon vor mehreren Jahren seine und seiner Collegen Aufmerksamkeit auf die Häufigkeit der bei Geisteskranken vorkommenden Rippenbrüche gelenkt, und durch eigene wie fremde Beobachtungen ein Material gesammelt, über dessen Ergebniss er berichtet.

Auf hundert Leichen (fünfzig männliche und fünfzig weibliche) kamen sechszehn Fälle von Rippenbruch. Von diesen sechszehn fielen vierzehn auf die Männer, zwei auf die Frauen.

Von den vierzehn bei den Männern fielen acht auf die Paralytiker.

In vier Fällen war nur eine Rippe, in zwölf waren mehrere Rippen gebrochen. In einem Falle wurden vierzehn, in einem zweiten dreiundzwanzig, in einem dritten dreissig Brüche gefunden.

Nur in vereinzelten Fällen waren die Rippenbrüche frisch oder ziemlich frisch, in den gewöhnlichen so veraltet, dass über die Zeit ihrer Entstehung sich nichts bestimmen liess.

Oefters wurden gleichzeitig mit den Rippenbrüchen die Ueberbleibsel von Othämatomen gefunden.

(Wir berichten demnächst über eine so eben von Prof. Gudden veröffentliche Arbeit über letztere, in denen er eine auch von uns längst vertretene Ansicht wissenschaftlich feststellt und begründet. Ref.)

Bezüglich der Osteomalacie gibt G. an, dass ein mässiger Grad derselben bei Geisteskranken keine so ganz seltene Erscheinung sei. In einem von ihm beobachteten Falle war eine hochgradige allgemeine Knochenerweichung bei einer 70jährigen Frau (mit 30 Rippenfracturen) zu verzeichnen.

Die Fracturen kommen in der Regel erst bei der Obduction und dann meist als veraltete zur Entdeckung; es unterliegt daher keinem Zweifel, dass einzelne Kranke mit Rippenbrüchen bereits behaftet in die Anstalt eintreten.

Ein Fall kam zur Beobachtung, in welchem die bei der Section nachgewiesenen Rippenbrüche sich auf einen in gesunden Tagen erlittenen Sturz des Kranken zurückführen liessen.

Die Rippenbrüche entstehen:

1. Dadurch, dass die Kranken fallen, sich stossen etc., doch hat G. keinen in dieser Weise entstandenen Rippenbruch beobachtet.
2. Kranke können von anderen Kranken hingeworfen, gestossen, mit Füssen getreten werden etc.
3. Kranke können vom Pflegepersonale misshandelt werden und auf diese Weise Rippenfracturen erleiden.

Bezüglich derjenigen Fracturen, welche die Kranken in den Anstalten erleiden, bemerkt G. am Schlusse seiner Abhandlung, dass je intelligenter, aufmerksamer und milder das Pflegepersonal, je gesicherter seine Existenz, je umfassender die Controle und je eingehender die Sorge der Aerzte um die richtige Behandlung ist, desto weniger Spuren von Gewaltthätigkeit, desto weniger auch Rippenbrüche zur Beobachtung kommen werden. Leidesdorf.

Ueber die subcutane Morphiumtherapie bei Geisteskranken.

Von Dr. O. Wolff (Arch. f. Psychiatrie II. Bd. 3. Heft).

Der Verfasser hat sich bemüht die subcutane Morphiumtherapie bei Geisteskranken zu einer allgemeinen Curmethode auszubilden, angeregt durch die Beobachtung, dass diese Anwendung des Morphiums eine ausserordentliche Wirkung auf die vasomotorischen Nerven, deren Verhalten bei den pathologischen Vorgängen der Psychosen eine Hauptrolle spielt, ausübe. Er hoffte eine um so mächtigere Wirkung, je näher dem vasomotorischen Centrum er die Injection vornahm, und in der That war der Erfolg bei Einspritzungen am Halse, und zwar vorne und seitlich, am auffallendsten sowohl nach dem Centrum, indem die psychische Erregung nachliess, als nach der Peripherie, indem die Schmerzen beseitigt wurden.

Nach des Verfassers Ansicht haben der methodischen Anwendung der subcutanen Morphiuminjectionen die üblen Erfahrungen, die man dabei machte, geschadet. Diese sind, mit Ausnahme der leeren Furcht eine Vene anzustechen, wodurch keinerlei Unglücksfälle herbei-

geführt werden sollen, zweierlei. Entweder treten die schlimmen Zufälle fast unmittelbar nach der Injection auf, oder aber, und diess sind die gefährlicheren Fälle, ungefähr nach Ablauf von 2 Stunden. — Bei den ersteren kömmt es auf die injicirte Dosis gar nicht an, sie scheinen nach directer Beleidigung eines Nerven einzutreten; der Kranke wird bewusstlos, vollkommen steif und starr, das Gesicht cyanotisch, die Respiration ist coupirt. Es genügt den Kranken aufzusetzen und dessen Kopf nach vorne zu beugen; alsdann bringt man ihn ins Bett, legt seinen Kopf hoch, und nach wenigen Minuten werden die Glieder schlaff, die Respiration hat wieder begonnen und bald kommt der Patient zu sich.

Die zweite Art der Erscheinungen tritt nach relativ oder absolut zu grossen Dosen ein. In der ersten Stunde wird der Kranke bei hoher Pulsfrequenz und übernormaler Temperatur nicht beruhigt. Im Verlaufe der zweiten Stunde aber beginnt er zu taumeln und sinkt endlich bleich und cyanotisch zu Boden; anfangs kann er noch erweckt werden, später aber liegt er starr und unbeweglich mit halb geöffneten Augen und Munde da, Reflexbewegungen fehlen. Die Temperatur ist um 2 bis 4 Grade gesunken, der Puls ist schwach, wenig frequent, die Inspirationen, von 10mal längeren Exspirationen gefolgt, treten nur 3—4mal in der Minute ein. Eine Venäsection am Halse, wobei ein paar Unzen Blutes entleert werden, ist das Mittel, den Kranken vor dem Tode zu retten. — Da es sich um die Beförderung des Gasaustausches im Blute hauptsächlich handelt, so hat man auch Sorge zu tragen die Hautperspiration möglichst zu befördern, und nicht durch zu festes Zudecken zu unterdrücken und wenn nöthig, die Harnblase zu entleeren, um die Beckenvenen von dem Drucke zu befreien.

Zur Vermeidung solcher Zufälle einerseits, zur Erzielung der gewünschten Erfolge andererseits ist nun die verschiedene Empfindlichkeit gegen das Morphium bei verschiedenen Individuen zu beachten. Die Untersuchungen haben ergeben, dass kleine Dosen reizen, einen schnellenderen Puls erzeugen, dass grosse hingegen lähmen, den Puls zu einem tarderen machen. Wenn dennoch ein Kranker schon an sich tarden Puls hat, so werden kleine Dosen mit Leichtigkeit das bewirken, was bei einem anderen mit pulsus celerrimus erst durch grosse Gaben erzwungen werden kann.

Für die speciellen Fälle ausgedrückt heisst dies, dass alte Leute im Allgemeinen mit kleinen, jugendliche aber von Anfang an mit grösseren Dosen zu behandeln sind, ferner, dass man in allen Zuständen mit deutlicher cerebraler und cerebrospinaler Lähmung mit kleinen Dosen zu arbeiten habe, und endlich dass bei Kranken mit Fettherz, bei denen die Herzthätigkeit an sich schon geschwächt ist, grosse Dosen nur mit Vorsicht angewendet werden dürfen. — $^1/_8$ Gran (0·01 Gran) ist für pulsus tardus, $^3/_8$ Gran für pulsus celer die Anfangsdosis; da bald Gewöhnung an das Mittel eintritt, so kann man mit der Dosis vorsichtig bis zu $1^1/_2$—2 Gran steigen. Diese Quantitäten sind

im Allgemeinen pro die anzuwenden, das heisst es ist mit der neuen Injection so lange zu warten, bis die Folgen der früheren, wozu hauptsächlich das nicht nur nicht schädliche, sondern in vielen Fällen sogar erwünschte Erbrechen gehört, vollkommen geschwunden sind. Geht die Aufregung des Kranken nach wenigen Tagen vorüber, so dürfen die Injectionen nicht plötzlich ausgesetzt, sondern sie müssen noch einige Zeit mit abnehmender Dosis fortgesetzt werden.

Bei der Behandlung circulärer Formen der Manie hat man beim Eintritte der leichteren oder schwereren Vorboten des Anfalles mittlere oder grosse Dosen anzuwenden; ist es aber zum Ausbruche der Manie gekommen, so hat man mit einer Injection von $^5/_8$ bis $1^3/_8$ Gran zu beginnen und in Zwischenräumen von 2—3 Stunden eine, zwei, wenn nöthig auch drei „Hilfsinjectionen" in absteigender Dosis nachzuschicken; nach dieser Methode lassen sich dann die meisten maniakalischen Paroxysmen coupiren.

Eine prophylaktische Anwendung der Morphiuminjection gründet sich auf die Beobachtung, dass intercurrente, scheinbar plötzliche Aufregungen bei Geisteskranken, wenn auch ihre Acme sehr kurz ist, doch einen mehrere Stunden oder Tage dauernden Anstieg und Abstieg haben, in welchen Zeiten Zufälligkeiten den Anfall beschleunigen, resp. erneuern. Man wird daher ausser der Injection, die die Beruhigung des Kranken während des Anfalles bezweckte, noch am nächsten Tage eine geringere Quantität Morphium injiciren, um einer Wiederholung vorzubeugen.

Unterstützt wird die Morphiumwirkung einerseits durch warme Bäder, andererseits durch das Vorausschicken eines tüchtigen Purgans.

Endlich muss bemerkt werden, dass für solche Individuen, bei denen die Morphiuminjectionen nicht diesen guten Erfolg haben, die Anwendung des Chloralhydrates meistens von Nutzen ist.

H. B. Obersteiner.

Beobachtungen an ampullären Gefässektasien.

Von Dr. R. Arndt (Virchow's Arch. Bd. LI. Heft 4).

Die mikroskopische Untersuchung obengenannter Gefässektasien konnte A. am Gehirne eines im 29. Lebensjahre verstorbenen Mannes in der Greifswalder Irrenanstalt vornehmen, welcher unter tabischen Erscheinungen und im Verlaufe der Krankheit aphasisch geworden war. — Als Grund dieses letzteren Zustandes liessen sich bei der Obduction Veränderungen im linken Stirnhirne auffinden, welche darin bestanden, dass die Markmasse desselben, so weit sie von den Faserzügen gebildet wird, die von der dritten Frontalwindung herniedei-

steigen, durch und durch von aneurysmatisch erweiterten Gefässen durchsetzt und auf dem Durchschnitte ausserordentlich porös war. Eines der erweiterten Gefässe, das seinen Ursprung aus einem haardünnen Rohre der Pia mater des Gyrus fornicatus nahm, war zu Rabenfederdicke angeschwollen, hatte dicke, zum Theil mit einander verwachsene Wände, die unregelmässig ausgebaucht waren. Die anderen Gefässe waren weniger stark erweitert, doch setzte sich die Erweiterung auf die Capillaren fort und kam hier unter zahlreichen Ampullenbildungen zum Vorscheine.

Diese ampullären Gefässektasien sind es, welche A. einer eingehenden mikroskopischen Untersuchung unterwarf.

Sie gaben sich theils als farblose, von einem Fasernetze umsponnene, theils als graulich marmorirte, theils als intensiv roth, oder roth und gelb gefleckte Stellen zu erkennen.

Es ergab sich ferner, dass diese Gebilde mit den Gefässen unzweifelhaft zusammenhingen, ja dass sie sich eigentlich von den erweiterten Capillaren als ovale oder rundliche Blasen ausstülpten, welche, wie schon erwähnt, bald roth, bald grau, bald farblos, bald gescheckt waren. — Es waren dieselben also ampulläre Ektasien und es fragte sich nur, wie die verschiedenen Formen, die sie darboten, zu Stande kommen.

Die genauere Untersuchung ergab hierüber, dass die rothen als seitliche Ausstülpung des Capillarrohres mit der es umkleidenden Adventitia zu betrachten waren; die graulich marmorirten, so wie die farblosen Blasen erwiesen sich als eine Ausstülpung der Adventitia allein, und waren in dem ersten Falle mit lymphoiden Körperchen erfüllt, im zweiten Falle bestanden die Blasen aus einem dünnen Häutchen und schienen keinen anderen Inhalt als Lymphe, aber keine Lymphkörperchen zu haben, die etwaigen Körnchenzellen und Fettaggregate dürften aus den Kernen der Membran selbst sich entwickelt haben.

Diese blasenartigen Gebilde sprechen durch den Umstand, dass man das eigentliche Capillarrohr an ihrer Ausstülpungsstelle intact vorüberziehen sah, dafür, dass die Adventitien einen Lymphraum umschliessen.

Die zwischen den Lymphkörperchen befindlichen Fasern betrachtet A. als Lymphgerinnsel; die von einem Convolut von Fasern umsponnenen blasenartigen Gebilde aber als das Resultat einer Degeneration, welcher die Ampullen unterlagen. Sieht man von dieser Degeneration ganz ab, so nimmt Arndt seinen Untersuchungen zu Folge an den Capillaren des Gehirnes drei Formen von Ektasien an: 1. Eine, bei welcher die ganze Capillarwand, das Capillarrohr und die Adventitia zugleich ausgebuchtet werden und Blut sich in die Ausbuchtung ergiesst — die complete ampulläre Gefässektasie. 2. Eine Form, bei welcher nur die Adventitia ausgestülpt wird und in der Ausstülpungsstelle bloss Lymphe und Lymphkörperchen enthalten sind. 3. Eine

Form, welche die Mitte zwischen beiden hält, indem sich beide Häute gewissermassen selbstständig hervorwölben, aber ungleichmässig erweitern und so ineinander stülpen, dass in der dadurch entstandenen Blase Lymphe und Blut nebeneinander, doch scharf geschieden vorkommen.

Diese beiden letzten Formen bezeichnet A. als incomplete ampulläre Gefässektasien und die erstere derselben, wo nur die Adventitia betheiliget ist, als Adventialektasie. — Diese habe auch für die Entwickelung der Geschwülste eine zu beherzigende Bedeutung.

Leidesdorf.

Ueber bisher unbeachtete Einwirkungen des Nervensystems auf die Körpertemperatur und den Kreislauf.

Von R. Heidenhain (Pflüger's Arch. III. 10. 11).

Bei Erregung eines Empfindungsnerven, sei dieselbe elektrischer oder mechanischer Art, sinkt überall im Inneren des Körpers die Temperatur, und zwar selbst nach so flüchtigen Reizen wie die Durchschneidung und Unterbindung des Nerven. Diese Einwirkung der sensiblen Nerven auf die Temperatur hängt aber vom verlängerten Marke ab, denn Trennung der Medulla oblongata vom Pons Varoli ändert die Erscheinungen nicht, wohl aber ein Schnitt zwischen verlängertem Mark und Rückenmark; ferner übt auch directe Reizung des verlängerten Markes auf elektrischem Wege oder durch Suspension der Athmung eine ähnliche Temperatur herabsetzende Wirkung aus; gleichzeitig mit dem Sinken der Temperatur macht sich eine Steigerung des Blutdruckes in den Arterien sowohl als in den Venen bemerkbar.

Ohne die einzelnen interessanten Versuche Heidenhain's, die in mannigfacher Hinsicht zu wichtigen Resultaten führten, eingehender betrachten zu wollen, sei nur die Erklärung, welche der Verfasser für das Sinken der Innentemperatur gibt, angeführt.

Es zeigte sich nämlich, dass bei Reizung der vasomotorischen Nerven neben der arteriellen und venösen Drucksteigerung die Stromgeschwindigkeit im Gefässsysteme erheblich zunimmt. Es wird daher auch der Rückfluss des in den Lungen und an der äusseren Körperoberfläche abgekühlten Blutes ein beschleunigter sein, so dass durch die vermehrte Zufuhr des kälteren venösen Blutes die Temperatur im Inneren des Körpers herabgesetzt wird.

H. B. Obersteiner.

Ueber eine noch nicht beschriebene Form von Anomalie der Bewegungsbeschränkung.

Von Dr. Friedrich Fieber, Ordinarius im allgemeinen Krankenhause und Docenten an der Wr. Universität.

Vorgelegt in der Sitzung der Academie der Wissenschaften am 3. Febr. 1871.

Vorliegende Arbeit bezieht sich auf folgenden Fall:

J. D. 42 Jahre alt, kam am 29. November 1869 auf die Abtheilung Dr. Fieber's, war bis im Winter 1866 stets gesund gewesen, bekam aber zu jener Zeit, angeblich wegen Aufenthaltes in feuchter Wohnung, Ziehen und Stechen in der Kreuzgegend und später Schwäche, wie auch gesteigerte Empfindlichkeit in beiden rechten, endlich auch in beiden linken Extremitäten. Patient liess sich in Prag auf der Abtheilung des Herrn Prof. Jaksch aufnehmen, woselbst constatirt wurde, dass der Kranke nur langsam und mit kleinen Schritten zu gehen vermochte; dass die elektromusculäre Contractilität und Sensibilität an der rechten oberen und an beiden unteren Extremitäten herabgesetzt war.

Nach dreiwöchentlicher Behandlung mit dem galvanischen Strome wurde Patient gebessert entlassen.

Eine bald darauf eingetretene Verschlimmerung brachte ihn auf die Abtheilung des Herrn Dr. Fieber.

Die Muskeln zeigten sich gut entwickelt, die Gesichtszüge haben etwas schwer Bewegliches, Marmorartiges.

Das Sprechen ist kurz, selten, abgemessen.

Die Bewegungen erinnern überhaupt an die einer Marionette oder eines Pendels.

Die Intelligenz ist intact. Die Sinnesorgane, Brust- und Bauch-eingeweide sind normal.

Druckschmerzpunkte finden sich zwei; zwischen der Rückenwirbelsäule und der Spina ossis ilei anter. sup. Die Stimmung ist eine ruhige, ernste, keinem merkbaren Wechsel, wie er bei Hysteria virilis vorkommt, unterworfen. Die faradomusculäre Contractilität erschien normal, die galvanomusculäre ergab differirende Resultate.

Bezüglich der willkürlichen Bewegungen stand ein gewisser Trieb nach Bewegungswechsel und Aenderung der jeweiligen Position im Vordergrunde. Die Gesichtsmuskeln contrahiren sich normal, doch langsam. Der Kopf kann nach allen Richtungen bewegt werden, doch wird er seitwärts leichter gedreht, wenn der Kranke rückwärts, als wenn er vorwärts geht. Patient kann mit geschlossenen Augen ohne zu wanken, stehen. Coordinatstörungen und cutane Anästhesie finden sich nirgend.

Alle Rumpfbewegungen sind ausführbar, gehen aber langsam und mit grösster Anstrengung vor sich, welche sich bis zur Cyanose steigert, wenn Patient auf dem Rücken liegend, sich auf die Seite wendet oder umkehrt. Will er sich zu Bette legen, so stellt er sich ausnahmslos am Fussende desselben auf und lässt sich in ganz steifer Haltung hineinfallen. Ausholende Bewegungen der oberen Extremitäten sind nicht möglich. Der M. biceps ist beiderseits leicht contracturirt. Die Kraft der Arme bedeutend, bei forcirten Bewegungen treten aber leicht klonische Krämpfe auf.

Einzelbewegungen der Finger sind gut möglich.

Am merkwürdigsten sind die Motilitätsanomalien der unteren Extremitäten und auf diese bezieht sich der als charakteristisches Merkmal hingestellte Ausfall der Mittelbewegungen. — Die Schritte beim Gehen sind kurz, der Gang fest und sicher, doch sehr langsam. Schneller zu gehen ist dem Kranken unmöglich; dagegen konnte er mit grosser Behendigkeit laufen, wobei die Füsse sich um das Dreifache der gewöhnlichen Distanz von einander entfernen. Er vermochte dabei jede beliebige Richtung einzuschlagen und nach Belieben stille zu stehen.

Einen wesentlich erleichternden Einfluss übte es auf den Kranken, wenn man ihm ein Gewicht von circa 10 Pfd. namentlich in die rechte Hand zu tragen gab. — So belastet konnte er schnell und sicher gehen und auch die oberen Extremitäten wurden in ihren Bewegungen sichtlich freier. Im weiteren Verlaufe trat auch das Bedürfniss ein, alle 2 Stunden den Harn zu lassen, widrigenfalls derselbe unter dumpfen Schmerzen spontan abging.

Die Geschlechtsfunctionen lagen darnieder, das Aussehen wurde anämisch.

Dr. Fieber geht nun auf die Deutung vorliegenden Falles über. Indem er auf die Ermittelung der anatomischen Localisirung vorläufig verzichtet, sucht er das pathologische Bild durch die Annahme eines krankhaften Reizes zu erklären, dessen Effect sich in einem fortwährenden Bewegungstrieb geltend macht, welchem die bekannte regulirende Thätigkeit der Gehirnlappen entgegenstünde. Wenn aber diese letzteren selbst eine Bewegung veranlassen, entfalle natürlich die Hemmung durch sie und krankhafter Reiz und Willenseinfluss summiren sich zu einer gesteigerten Action. Auf diese Art könne man begreifen, wie eine ganz langsame Bewegung (langsames Gehen) und eine rasche (Laufen) möglich sind, während die Mittelbewegungen (mässig schnelles Gehen) ausfallen. — Um auch die constatirte Möglichkeit zu erklären, die Mittelbewegungen bei entsprechender Belastung auszuführen, fügt F. hinzu, dass sich das äussere, künstlich gesetzte Hemmniss mit der regulatorischen Thätigkeit der Grosshirnlappen vereinige und als-

dann die letztere stark genug wäre, um bei einer von diesen intendirten raschen Bewegung dem krankhaften Triebe Widerstand zu leisten und ein schnelleres Gehen zu ermöglichen, ohne dass Patient sich zum Laufen gezwungen sähe.

Leidesdorf.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

am 25. Februar 1871 um 6 Uhr Abends.

I. Dr. Flechner: Schluss des Vortrages über 11 Fälle von Brandstiftung.

II. Prof. Dr. Meynert: Klinische Mittheilungen.

III. Prof. Dr. Leidesdorf: Ueber gefährliche Geisteskranke.

IV. Prof. Dr. Beer: Fortsetzung des Vortrages: „Beiträge zur Geschichte des Brandstiftungstriebes". (II. Adolf Henke.)

Diejenigen Herren, welche vorläufige Originalmittheilungen oder Artikel, über welche sie ein Referat wünschen, einsenden wollen, mögen diese an einen der Redakteure unter folgender Adresse gelangen lassen:

Prof. Beer, Negerlegasse 2.
Prof. Leidesdorf, Oberdöbling, Hirschengasse 47.
Prof. Meynert, Landesirrenanstalt in Wien.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

Im Verlage
von W. Braumüller, k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler in Wien
sind erschienen:

Vergleichende Psychologie
oder:
Geschichte der Seele in der Reihenfolge der Thierwelt.
Von
Dr. Carl Gustav Carus
weil. Geh. Rath, Leibarzt Sr. Majestät des Königs von Sachsen.
Mit mehreren Holzschnitten.
gr. 8. 1866. Preis: 3 fl. 50 kr. — 2 Thlr. 10 Ngr.

Der Nestor der lebenden deutschen Naturforscher schliesst mit diesem Buch Forschungen ab, deren Anfänge ihn vor mehr als einem halben Jahrhundert beschäftigt haben. Ursprünglich einer der Ersten, der von der vergleichenden Anatomie ausgegangen, von welcher nach seinem Ausspruche zur vergleichenden Psychologie nur ein Schritt ist, ergänzt er darin die Entwicklungsgeschichte des organischen Leibes, die er in seinem „Lehrbuche der vergleichenden Anatomie" und jener der menschlichen Seele, die er in seiner „Psyche" gegeben hat, durch die Entwickelungsgeschichte der mitten inne stehenden Thierseele vom Infusorium bis zum menschenähnlichsten Affen. Die streng systematische Durcharbeitung dieses bisher meist anekdotenhaft behandelten physisch-psychischen Grenzgebietes muss für Naturforscher und Psychologen gleiches Interesse darbieten.

Die Sinnestäuschungen,
Hallucinationen und Illusionen.
Allgemein verständlich dargestellt
von
Dr. med. A. Mayer
in Mainz.
gr. 8. 1869. Preis: 2 fl. — 1 Thlr. 10 Ngr.

Urtheil der Presse:

„Der durch seine früheren Arbeiten: „Zur Verständigung über Materialismus und Spiritualismus" und „Zur Seelenfrage" rühmlichst bekannte Verfasser hat sich im obigen Werke die Aufgabe gestellt, dem grossen Leserkreise von Nichtärzten — vielleicht auch Aerzten — die räthselhaften Erscheinungen der Seelenstörung aufzuklären. Vor Allem den Zweck einer allgemeinen Verständlichkeit vor Augen habend, schickt er dem eigentlichen Thema eine kurzgefasste Anatomie und Physiologie derjenigen Organe voraus, deren Thätigkeiten eben im Erkennen bestehen, oder die Erkenntniss ausmachen. Auf dem so vorbereiteten Boden entwickelt der Verfasser eine anschauliche Beschreibung und Erklärung der krankhaften Erscheinung des menschlichen Seelenlebens. — Das höchst verdienstvolle Werk ist eine Quelle reicher Belehrung für Jeden, der sich zur Selbstbelehrung über das menschliche Seelenleben angeregt fühlt." („Presse" Nr. 200.)

25. März 1871. Nr. 3.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

H. Beer, M. Leidesdorf und Th. Meynert.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll der Vereinssitzung vom 25. Februar 1871. — Gambetta. Zur Geschichte der Irrengesetzgebung in Frankreich. Mittheilung von Prof. Beer. — Paralysis agitans und verwandte Zustände von Dr. Eulenburg. — Eine viele Jahre im Gehirne zurückgebliebene Kugel von Prof. F. Cortese. — Der Typhus bei Geisteskranken von Dr. Wille. — Die neue Landesirrenanstalt bei Graz von Dr. Czermak. — Ueber den Schwindel von Bradbury. — Eine leichte Methode vergleichender Schädelmessungen von T. M. Fisher. — Asyle für Trunksüchtige. — Programm.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 28. Februar 1871.

Vorsitzender: Director Spurzheim.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Flechner setzt seinen in vorvorletzter Sitzung begonnenen Vortrag über Pyromanie fort. Sein Vortrag, den er in dieser Sitzung zum Abschluss bringt, bezieht sich noch auf einige der in Nr. 2 des psychiatrischen Centralblattes bereits im Auszuge angeführten Fälle.

Den zweiten Vortrag: „Klinische Mittheilungen“ hält Herr Prof. Dr. Meynert. Er theilt zunächst einen Fall der Complication von Irrsinn mit Morb. Basedowii mit, der ein 17jähriges Mädchen betrifft. Anlass war (bei psychopathischer Anlage in der Familie) eine Gemüthsbewegung, Tod der Mutter. Bald darauf kamen Verkehrtheit in den Verrichtungen mit maniakalischer Rastlosigkeit, Gesichtshallucinationen, wohl zwanzigmal wiederholtes Entlaufen aus dem väterlichen Hause und moralische Verirrungen vor. Gleichzeitig damit entwickelte sich das Struma, Palpitationen (120—150 Schläge), häufiges Nasenbluten, hohe Temperatur des Kopfes und ein mässiger Exophthalmus ohne Störungen der Augenbewegungen und des Lidschlusses.

Dieser Fall zeigt, in bemerkenswerther Weise eben solche psychische Störungen, wie sie aus Gehirnhyperämie hervorgehen und ist ein Beleg für die principielle Wichtigkeit von Gefässinnervationsstörungen für den Irrsinn.

Die weiteren Mittheilungen entwickelten Fälle von differential-diagnostischer Bedeutung gegenüber dem paralytischen Irrsinn, die proportional überwiegenden Gewichtsverluste des Stirnlappens, die vorwiegende Affection desselben durch die Periencephalitis chronica diffusa als pathologische Momente und andererseits die anatomisch nachweisbare überwiegende Verknüpfung der Stirnlappen mit den psychomotorischen Ganglien: Streifenhügel und Linsenkern hatten Meynert schon seit Jahren zu der Ueberzeugung geführt, dass die Bewegungsstörungen bei der progressiven Paralyse der Irren von der Erkrankung der Grosshirnlappen abzuleiten sei, woraus sich das parallele Vorschreiten derselben mit der Intelligenzstörung erklärt. Diese morphologischen Schlüsse fanden nachträglich von physiologisch experimenteller Seite durch die von Fritsch und Hitzig nachgewiesene directe, motorische Erregbarkeit des Stirnlappens volle Rechtfertigung.

Der unvergleichbar häufigsten Zahl von paralytischem Irrsinn, in welchem die Intelligenzstörungen zuerst oder mit den Paralysen zugleich kommen, liegt die Atrophie der Grosshirnlappen, inprimis ihrer Stirnlappen zu Grunde.

In den Fällen, wo die Paralysen der Intelligenzstörung lange vorausgehen, und die letzteren in ihrem Auftreten auch eine andere Folgereihe einhalten, als beim paralytischen Irrsinn im obigen Sinne, liegen Rückenmarksprocesse (graue Degeneration der Hinterstränge) zu Grunde und findet sich keine typische Gehirnatrophie, sondern Sclerose des Gehirnes. Diese ist von Hyperämien abzuleiten, deren Sitz das Gehirn wird, sobald die Rückenmarksdegeneration die Höhen ergreift, die von den Innervationsbahnen der Kopfarterien durchsetzt werden. Dies geschieht, weil die Rückenmarksdegeneration zumeist vom Lendenmark aufsteigt, erst spät. Der Verlauf des psychopathischen Endstadiums ist dabei weit kürzer (wenige Wochen dauernd) als beim typischen paralytischen Irrsinn. Hiefür werden Beispiele aus der psychiatrischen Klinik mitgetheilt.

Von dieser zweiten Reihe seltenerer Fälle, wo zwischen der Psychose und den Lähmungen allerdings auch ein Nexus besteht, sind nun weiter diagnostisch die Fälle von Irrsinn mit Lähmungen zu scheiden, wo kein anderer Zusammenhang zwischen beiden herrscht, als dass ein in seiner Ernährung beeinträchtigtes Gehirn überhaupt Psychopathien leichter unterliegt. Hieraus ergibt sich allerdings im Allgemeinen eine gewisse Solidarität aller Neuropathieen, innerhalb deren aber doch das Zusammentreffen irgend welcher besonderer Arten von Gehirnerkrankung mit der Psychose als nur accidentiell angesehen werden muss. Die psychiatrische Klinik des Vortragenden enthält zwei belehrende Fälle solchen Zusammentreffens.

Der eine betrifft einen angeblich an periodischer Tobsucht leidenden Trinker von 44 Jahren, der sich auf der Klinik fortdauernd beruhigt zeigt. Seit etwa 4 Jahren leidet er an zunehmender Ambliopie (der bläuliche Atrophie des Sehnerven zu Grunde liegt), mit anfän g-

licher, später geheilter Parese der linken Körperhälfte, an Stelle deren jetzt Parese der rechten (wesentlich der oberen Extremität) getreten ist, nebst schwerer Zunge und linkseitiger Oculomotoriuslähmung. Die Lähmungserscheinungen nehmen seit längerer Zeit nicht zu. Der Beginn der Paralysen ging mit schwerem Schwindel und Kopfschmerz einher, die sich seither verloren. Hier liegt eine Affection des linken Hirnschenkelfusses vor in der Höhe des Durchzuges der Oculomotoriuswurzel. Diese Affection ist wegen Mangels einer progressiven Entwicklung und wegen des heftigen Anfangsstadiums kein Tumor. Jene blos initialen heftigen Erscheinungen, die ursprüngliche Weiterverbreitung nach rechts (so lange links Parese bestand), die spätere Einschränkung und Abnahme der Parese bezeichnen einen encephalitischen in Vernarbung übergegangenen Process, wahrscheinlich eine encephalitische Schwiele, die sich vom Hirnschenkel auf das Tuber cinereum und das Chiasma erstreckt und durch letztere Verbreitung die Ambliopie bedingt.

Der zweite Fall betrifft einen 38jährigen Mann, der zunehmend mangelhafter Aussprache wegen aus einem Geschäfte entlassen wurde, in schwere Melancholie mit mehrfachen Selbstmordversuchen und Verfolgungswahn verfiel, die aber auf der Klinik verschwand. Vor Jahren litt er an hartnäckigen syphilitischen Affectionen. Er leidet gegenwärtig an schweren progressiven Lähmungen von Kopfnerven. Diese betreffen die gesammte Augenmusculatur der linken Seite mit Erweiterung der Pupille und Verengerung der Lidspalte, differente Muskelgruppen beider Antlitzhälften, die Zunge weicht nach rechts, das Zäpfchen nach links ab, das linke Gaumensegel steht höher als das rechte und bewegt sich prompter. Der Kranke kämpft mit lästigen Schlingbeschwerden, vermöge deren die Speisen häufig zur Nase herausgeworfen werden.

Hier betreffen die Lähmungen eine Gruppe von Gehirnnerven, deren Ursprungsmassen in Continuität vom Aquaeductus an, über den grauen Boden sich verbreiten, und die unvermengt mit Fortsetzungen der Rückenmarksstränge nur da ergriffen werden können. Der Fall reiht sich dem Gebiete der Störungen nach, den Bulbärparalysen Friedreich's an, der geweblichen Veränderung nach ist er wahrscheinlich eine der diffusen durch Syphilis angeregten Encephalitiden.

Anknüpfend an diesen Vortrag macht Herr Prof. Dr. Leidesdorf die Mittheilung, dass auch er mehrere Fälle von Tabes beobachtet habe, die durch Jahre hindurch ohne merkliche psychische Störung verlaufen waren und die endlich bei fortschreitender Coordinationsstörung plötzlich stürmische psychische Erscheinungen zeigten, welche den Charakter der paralytischen Geisteskrankheit an sich trugen.

Bezüglich der Herderkrankungen, welche sich endlich auch mit Geistesstörung compliciren, theilt Herr Prof. Leidesdorf einen Fall von Melancholie in Form von hochgradiger, hypochondrischer Verstimmung mit, bei einem Kranken, der in früherer Zeit syphylitisch war und dessen Behandlung damals eine Unterbrechung erlitt. Dieser

Kranke zeigte nebenbei noch Lähmungserscheinungen im Gebiete des Oculomotorius mit Ptosis, des Hypoglossus und Facialis. Nach einer eingeleiteten antisyphilitischen Behandlung schwanden diese Lähmungserscheinungen und nur eine ängstliche Befangenheit blieb zurück, die aber mehr der weichen Gemüthsart des Kranken zuzuschreiben war. Später wurde derselbe Kranke von einem apoplectiformen Anfall mit Convulsionen befallen, kam in eine Anstalt, wo er seinem Leben mittelst eines Pistolenschusses ein Ende machte.

Herr Prof. Beer theilt einen ähnlichen Fall mit; es stellte sich veraltete, vernachlässigte Syphilis heraus. Nach einer antisyphilitischen Cur trat volle Genesung ein.

Herr Primararzt Dr. Joffe bemerkt, dass häufig behauptet werde, Excesse in Venere hätten Tabes zur Folge. Die Fälle von Tabes jedoch, welche ihm zur Beobachtung unterkamen, hatten als ursächliches Moment eine Erkältung aufzuweisen. Nur einen Fall weiss er, wo geschlechtliche Excesse vorangegangen waren, doch möchte er sich auch in diesem Falle nicht bestimmt für diese Aetiologie aussprechen.

Am Schlusse der Sitzung macht Herr Prof. Meynert die Anzeige, dass die psychiatrische Klinik seit November vorigen Jahres eröffnet sei. Bei dem Umstande, dass der Verein an der Errichtung dieser Klinik regen Antheil genommen, verspricht er als Vorstand derselben, die Klinik werde eben so regen Antheil an dem Vereine nehmen, welche Zusage von den Anwesenden mit Beifall zur Kenntniss genommen wird. Dr. Morscher, Secretär.

Dr. Ritter von Hittnern wurde zum ordentlichen Mitgliede des Vereines gewählt.

Gambetta.

(Ein Beitrag zur Geschichte der Irrengesetzgebung in Frankreich. Mitgetheilt von Prof. Dr. Beer.)

Das Irrengesetz vom 30. Juni 1838 ordnete bekanntlich das Loos der Geisteskranken in Frankreich und diente als Muster der Nachahmung für andere Staaten. Aber es erlitt, trotz seines durch vieljährige Erfahrung erprobten wohlthätigen Einflusses in neuester Zeit lebhafte Anfechtungen, die sich namentlich auf die Klagen von noch nicht vollständig geheilten Geisteskranken stützten. In Folge solcher unberechtigten Recriminationen sah sich der Minister des Innern im Februar 1869 veranlasst eine Commission zu ernennen, deren Aufgabe darin bestand, theils zu untersuchen, inwieferne jene Klagen begründet seien, theils falls dieselben durch Thatsachen sich bestätigen, Reformen

vorzuschlagen. Die Commission bestand aus sachverständigen Aerzten und Juristen, welche zur Lösung der ihnen gestellten Aufgabe mit aller Unbefangenheit schritten, als die politischen Journale sich dieses Gegenstandes bemächtigten, das bestehende Irrengesetz in langen Tiraden über die individuelle Freiheit, über willkürliche Sequestration u. dgl. vielseitig angriffen, das Publikum alarmirten, und gegen die Irrenärzte in den Anstalten die grundlosesten Beschuldigungen sich erlaubten. Solche Verleumdungen durch eine Journalpolemik auf ihre Grundlosigkeit zurückzuführen und die Unwissenheit der Zeitungsschreiber in der Psychiatrie in ihrer ganzen Blösse zu enthüllen, hielten die betreffenden Vorsteher der Irrenanstalten unter ihrer Würde. Dagegen sah sich die in neuester Zeit in Paris gebildete Gesellschaft für gerichtliche Medicin (bestehend aus Gerichtsärzten, Gerichtsbeamten, Irrenärzten, Advocaten) veranlasst, aus ihrer Mitte ein Comité zu ernennen und mit der Untersuchung zu beauftragen, ob das Irrengesetz vom J. 1838 hinreichende Garantien dem Geisteskranken sowohl als der bürgerlichen Gesellschaft darbiete, und ob wirklich dieses Gesetz, so fehlerhaft seinem Principe nach, und so traurig in seinen Folgen sei, wie es manche behaupten wollten.

Die Mitglieder dieses Comités (Brierre de Boismont, Béhier, Guérard, Hémar, Chaudé, Choppin und Horteloup) erstatteten nun einen Bericht über die wesentlichen Punkte, welche einem Irrengesetze als Grundlage dienen müssten, um an diesen Principien das noch bestehende Gesetz zu prüfen. Der Bericht widerlegt mit aller Schärfe die Ansicht derjenigen, welche den Aerzten die ausschliessliche Competenz zur Beurtheilung geisteskranker Zustände absprechen und (wie diess schon der Advokat Regnauld [du degré de compétence des médecins de Paris 1828] gethan und schon damals von Leuret*) und Marc**) widerlegt wurde) die Behauptung aufstellten, dass der erste beste, welcher gesunde Sinne hat, in der Lage sei, über das Dasein eines geisteskranken Zustandes ein gegründetes Urtheil zu fällen.

Mit gleichschlagenden Gründen wird in dem Berichte die Wichtigkeit der Isolirung der Geisteskranken und deren wohlthätiger Einfluss auf Heilung nachgewiesen. Nicht minder erfahrungsgemäss wird das System des non restraint widerlegt, welches bekanntlich auf die Entfernung jeder Beschränkung der Irren (als die individuelle Freiheit beeinträchtigend) dringt — eine Ansicht, welche die tägliche Erfahrung widerlegt (Referent erlaubt sich den Leser auf den ausgezeichneten Bericht des Senators Suin in der Senatssitzung vom 11. Februar 1868 zur Vertheidigung des französischen Irrengesetzes [Annales medico-psycholog. Tom. 12. Paris 1868, pag. 162] aufmerksam zu machen).

---

*) Annales d'hygiène publique 1829, Tom I, pag. 281.
**) De la folie, chap. 1.

Ausführlich aber geht die Berichterstattung des oberwähnten Comités auf die Widerlegung eines Irrengesetzentwurfes der Herren Gambetta und Magnin ein, in welchem unter Anderem behauptet wird, dass „die Vernunft jede Isolirung verdamme; es könne nichts Gedeihliches für einen zerrütteten Geist entstehen, wenn ihn Mauern einschliessen, die ihn erschrecken, wenn eine gehässige Gefangenschaft ihn zur Verzweiflung bringe, wenn der Anblick von Freiheitsbeschränkungen ihn aufrege. Der Anblick des Wahnsinns sei ansteckend, der solideste Kopf werde von Schauer und Angst dadurch ergriffen u. s. w.“

Herr Gambetta und Magnin sind überzeugt, dass unter jedem Steine des Gebäudes vom Jahre 1838, d. h. des bestehenden Irrengesetzes, ein Verbrechen verborgen sei, sie wollen es von Grund aus zerstören und haben daher einen motivirten Gesetzentwurf eingereicht, deren Hauptansichten in Folgendem bestehen.

Diese beiden Deputirten behaupten, das Gesetz vom J. 1838 sei verwerflich, weil zu dessen Entwurfe theils Aerzte, welche von Gesetzen nichts verstehen und andererseits Juristen mitwirkten, welche kein Wort von der Medicin wissen. Principiell sei die Isolirung des Geisteskranken eine Tortur, ohne auf die Heilung wohlthätig zu wirken. Man könne eigentlich niemals einen Wahnsinnigen heilen. Auf diese zwei Behauptungen antwortet der Berichterstatter, es sei doch besser, dass das Gesetz von Aerzten und Juristen, als dass es von Solchen entworfen würde, die weder juridische noch medicinische Kenntnisse haben, dass, um sich von der Falschheit der zweiten Behauptung zu überzeugen, es nur einiger Besuche der Irrenhäuser bedürfe.

Ein Vorschlag, auf welchen Gambetta und Magnin ein ganz besonderes Gewicht legen, ist der, dass jedes Individuum, bevor dasselbe in eine Irrenanstalt aufgenommen werden darf, von einer Jury untersucht werde. Dieses Geschwornengericht, bei welchen der Präsident des Gerichtshofes den Vorsitz führt, soll aus 12 Mitgliedern bestehen, deren 6 aus den gebildeten Körperschaften (Gericht, Advokatur, Notariat, Municipalrath) und 6 aus der jährlichen Geschwornenliste, als Repräsentanten des gesunden Menschenverstandes (représentant de bon sens vulgaire) genommen werden, da man leider diese letzteren „nur zu lange vor der Pforte des finsteren Umkreises, worin die Irrenärzte ihre Orakel verkünden“ hat warten lassen.

(Diese Redefloskel, bemerkt der Berichterstatter, ist ohne allen Werth, da der Irrenarzt mit aller Nüchternheit die Erscheinungen bei dem Kranken constatirt, um daraus auf den Zustand der Hirnfunctionen zu schliessen.)

Die Personen (heisst es ferner im Gambetta'schen Entwurfe), welche um die Aufnahme in die Anstalt ansuchen, sind: Ehemann und Frau — bei Unverheirateten die Grossjährigen in auf- und absteigender Linie; in deren Ermanglung die Majorennen in der Nebenlinie bis inclusive zum Geschwisterkind. Sollten auch diese fehlen, so

müsse das Aufnahmsgesuch an den Staatsanwalt gerichtet werden, welcher alsdann die Stelle der Verwandten vertritt.

Sobald das Gesuch bei dem Präsidenten (der Jury) einlangt, bezeichnet er einen sachverständigen Arzt, welcher sich darüber aussprechen wird, ob dem Gesuche Folge zu leisten sei. Fällt die Antwort bejahend aus, dann müsse der Präsident innerhalb 3 Tage die Jury zusammenrufen, woran ein Arzt, namentlich der des Kranken oder seines Wohnortes, sowie der Friedensrichter des Bezirkes, stets als Mitglieder theilnehmen.

Der Kranke soll nun, begleitet von einem Advokaten, der für ihn antworten kann, vor dieser Jury erscheinen, welche einen zweiten Sachverständigen hierüber vernehmen wird. Der Beschluss zur Aufnahme kann nur durch Majorität von 9 Stimmen (unter 13) gefasst werden. Fehlt diese, so wird der Kranke alsogleich in Freiheit gesetzt.

Ist Gefahr vorhanden und diese durch ein ärztliches Zeugniss oder durch die öffentliche Meinung (rumeur publique) bestätigt, so könne man alle provisorischen Massregeln treffen, jedoch mit Ausnahme jener, den Menschen in ein Gefängniss oder in eine Irrenanstalt zu versetzen.

Die Behörde darf nur dann diese Versetzung verlangen, wenn die Gefährlichkeit anerkannt ist. In diesem Falle müsse der Präsident folgende 2 Fragen der Jury vorlegen: Ist Geisteskrankheit vorhanden, und 2. ist es bezüglich der öffentlichen Sicherheit gefährlich, die betreffende Person in Freiheit zu lassen. Fällt die Antwort bejahend aus, und ist die Aufnahme in die Anstalt vollzogen, da begibt sich der Präsident, begleitet von einem dritten Sachverständigen und 2 Jurymitgliedern, innerhalb 24 Stunden zum Geisteskranken, um zu erfahren, ob die Gefahr vorüber ist. Ist dies der Fall, muss das Individuum alsogleich in Freiheit gesetzt werden.

Auch ausser dem Falle einer Heilung kann die Entlassung von jeder Person verlangt werden welche gesetzlich berechtigt war, um die Aufnahme anzusuchen: ebenso von den Personen, welche die Irrenanstalten zu überwachen und zu inspiciren verpflichtet sind. Jedoch muss jedes Gesuch um Entlassung der Jury vorgelegt werden, welche hierüber ebenfalls durch die Stimmenmehrheit (von 9 unter 13) zu entscheiden hat.

Die in eine Irrenanstalt aufgenommene Person behält den Genuss und die Ausübung ihrer Rechte, die Familie kann aber auch die Versetzung unter Curatel (Interdiction) ansuchen.

Was die Aufsicht über die Irrenanstalt betrifft, so weicht der Entwurf wenig von den Vorschriften des Gesetzes vom J. 1838 ab. Die Verfasser des neuen Entwurfes sind jedoch überzeugt, dass es stets sehr schlechte Menschen gibt, daher tragen sie auf weit schärfere Bestrafung derjenigen an, die dem Gesetze zuwider handeln sollten.

Ich habe, sagt der Berichterstatter, die wesentlichsten Punkte des neuen Entwurfes mitgetheilt und glaube, dass die praktische Durch-

führung desselben unmöglich sei — ganze Tage würden nicht ausreichen, um allen diesen Forderungen Genüge zu leisten — es wäre unmöglich, eine hinreichende Anzahl von Sachverständigen zu finden. Denn der Entwurf verlangt, dass sie durch ein Jahr gewählt werden und er schliesst von dieser passiven Wahl alle Aerzte und Vorsteher von Irrenanstalten, d. h. alle jene, welche specielle Erfahrungen über Geisteskrankheiten sich erworben und darüber Studien gemacht haben, aus, während man doch einsehen muss, dass, um ein Sachverständiger zu sein, man diese so schwierige Kenntniss der Geistesstörungen sich nur nach langer Erfahrung erwerben kann.

Diese materiellen Schwierigkeiten beschäftigen jedoch den Berichterstatter weniger als die Frage: Ob der neue Entwurf dem Geisteskranken und der bürgerlichen Gesellschaft einen Nutzen gewähren werde? (Schluss folgt.)

Paralysis agitans und verwandte Zustände von paralytischem Tremor.

Von Dr. Albert Eulenburg.

(Aus dessen Lehrbuch der functionellen Nervenkrankheiten. Berlin 1871, Verl. Hirschwald.)

Das initiale und wesentliche Symptom der bezeichneten Krankheit ist der Tremor, welcher bald als einfaches Zittern in Form von schwachen, oscillirenden, schnell aufeinanderfolgenden Contractionen, bald auch in stärkeren klonischen Convulsionen besteht. Diese Bewegungen beginnen meist an den oberen Extremitäten und greifen allmälig auch auf die unteren, sowie auf die Gesichtsmuskeln über. In letzterem Falle ist zuweilen Stottern vorhanden. Seltener werden die Rumpf-, insbesondere die Nackenmuskeln betheiligt. In einzelnen Fällen bleibt der Tremor auf eine Körperhälfte des Kranken beschränkt.

Das Zittern ist von willkürlichen und auch von passiven Bewegungen unabhängig; dieses Verhalten ist zur Unterscheidung von manchen Choreaformen, sowie von dem Zittern bei herdweiser Sklerose der Nervencentren diagnostisch verwerthbar.

Die Paralyse gesellt sich erst sekundär zu dem Tremor und wächst allmälig, bleibt meist incomplet und ist nicht selten mehr circumscript. Namentlich werden die Streckmuskeln der Hand mit Vorliebe befallen. Die elektrische Reaction, sowohl für inducirte als für galvanische Ströme bleibt in den afficirten Muskeln unverändert. Nur ausnahmsweise werden ausser den Skelettmuskeln die willkürlichen Muskeln der Blase und des Mastdarms an der Lähmung betheiligt. Die Temperatur ist trotz der unaufhörlichen Muskelthätigkeit nicht erhöht.

Sensibilitätsstörungen zeigen sich bald in Form paralytischer Sensation (Prickeln, Kribbeln), bald in Form partieller, meist incompleter Anästhesien, können jedoch auch vollständig fehlen.

Dagegen sind anderweitige Centralsymptome häufig vorhanden: Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, psychische Verstimmung, Hypochondrie, Melancholie, Hallucinationen und maniakalische Anfälle. Nach längerem Bestehen der Krankheit entwickelt sich nicht selten Schwäche des Gedächtnisses und der Urtheilskraft.

Paralysis agitans ist eine seltene Affection; sie tritt selten unter dem 40., am häufigsten nach dem 60. Lebensjahre auf. Männer werden häufiger ergriffen als Frauen. Verf. hebt die Verwandtschaft dieser Krankheit mit gewissen toxischen Neurosen hervor, namentlich mit dem Tremor bei chronischem Mercurialismus, Saturnismus und Alkoholismus.

Die mercuriellen Neurosen, Tremor mercurialis, haben die entschiedenste Aehnlichkeit mit der Paralysis agitans.

Der Tremor saturninus ist weit seltener und gewöhnlich nicht auf die gesammte Muskulatur ausgebreitet, vielmehr auf die oberen Extremitäten und auf einzelne Gesichtsmuskeln (Orbicularis und Levator anguli oris) beschränkt.

Gewöhnlich gehen andere chronische Bleivergiftungssymptome den oberwähnten Erscheinungen voraus (Colik, Extensorenlähmung, Arthralgie u. s. w.).

Bei chronischem Alkoholismus ist bekanntlich das Zittern eines der häufigsten Symptome. Doch ist der Tremor potatorum, zu welchem sich Muskelschwäche und Lähmung hinzugesellen können, im nüchternen Zustande, namentlich des Morgens, am stärksten, während er nach dem Genusse von Spirituosen gemildert wird. Ausserdem sind meist die durch chronischen Alkoholismus bedingten Veränderungen, in anderen, namentlich in den digestiven Organen nachweisbar.

Die pathologische Anatomie der Paralysis agitans ist noch nicht so weit vorgeschritten, um uns über den Sitz oder die Natur der veranlassenden Läsion eine bestimmte Kenntniss zu bieten. Die meisten Obductionsbefunde führten zu entschieden negativen Ergebnissen hinsichtlich der Centraltheile und des Nervensystems überhaupt.

Zu den wenig positiven Befunden gehören die von Stoffela, Cohn und Skoda.

Stoffela fand Atrophie des Gehirns mit sekundärem Hydrops in den Ventrikeln und Gehirnhäuten und eine erbsengrosse apoplektische Cyste im rechten Thalamus opticus; Pons und Medulla oblongata stark indurirt, die Arterien an der Basis verkalkt und die Seitenstränge des Rückenmarkes, besonders in der Lumbalgegend, von grauen opaken Streifen durchzogen, die, gleich den Indurationen in Pons und Medulla, aus embryonalem Bindegewebe bestanden.

Cohn fand ausgesprochene Gehirnatrophie in einem Falle (49jähriger Mann) und in einem anderen, Atrophie des Rückenmarkes in der Höhe des zweiten Halswirbels.

Skoda constatirte bei einer 34jährigen Frau eine ausgedehnte Sklerose der Centraltheile. In einigen opaken Flecken der Gehirnsubstanz war das Nervengewebe untergegangen und durch embryonales Bindegewebe ersetzt, welches ebenso die Sklerose des Pons und der Medulla oblongata hervorbrachte.

Dagegen fand Petraeus nur eine fettige Entartung des Herzens und pneumonische Induration.

Ordenstein in einem Falle Rarefaction der Nervenröhren, in einem anderen Erweichung der beiden Pedunculi cerebri und einigen Substanzverlust in der Brücke, in einem dritten war das Ergebniss negativ.

Ebenso negativ war der Befund in vier Fällen, welche von Th. Simon in Hamburg obducirt wurden.

Verfasser meint, dass die Verbreitung der Zitterlähmungen, zusammengehalten mit den experimentellen Versuchen, sowie auch einzelne positive Befunde dafür sprechen, den Pons und den oberen Theil der Medulla obl. als Ausgangspunkt der Hauptsymptome der Paralysis agitans zu betrachten. In Betreff der Natur der veranlassenden Läsion hat man wohl geglaubt an einen herdweise auftretenden sklerotischen Process in den Centraltheilen (namentlich im Pons und in der Medulla oblongata) denken zu dürfen, und obwohl einzelne Befunde diese Ansicht zu bestätigen scheinen, so sind doch andere damit im Widerspruch.

Verfasser weist nun nach, dass die herdweise diffuse Sklerose der Nervencentren sich symptomatisch in sehr wesentlichen Punkten von dem Krankheitsbilde der Paralysis agitans unterscheidet und ein Leiden sui generis darstellt. Auch bei der selten beobachteten isolirten Sklerose der Brücke differiren die Symptome wesentlich von denen der Paralysis agitans, wie aus einem von Larcher in seiner Monographie über die Krankheiten der Brücke mitgetheilten Falle hervorgeht, in welchem Falle kein Zittern, sondern nur allmälig zunehmende Schwäche der Extremitäten, Behinderung der Sprache, Strabismus und Amaurose des linken Auges, erschwertes Schlucken, geistige Abstumpfung und Somnolenz, in den letzten Wochen Erbrechen und heftiger Kopfschmerz in der Scheitelgegend vorhanden waren. Die Section ergab eine allgemeine Sklerose der Brücke mit beträchtlicher Vergrösserung, namentlich in ihrer linken Hälfte. Larcher erwähnt noch andere Fälle von Sklerose der Brücke. Nur einmal war allgemeines Zittern vorhanden, immer dagegen zunehmende Bewegungsschwäche ohne vollständige Lähmung; bei den meisten Kranken trat bis zum Blödsinn fortschreitende Abstumpfung der Intelligenz ein.

Es geht daraus hervor, dass das Krankheitsbild bei der isolirten Sklerose der Brücke ein anderes ist als bei Paralysis agitans und ist

noch zu bemerken, dass letztere nur nach dem 30. Jahre vorkommt, während erstere auch bei jugendlichen Individuen beobachtet wurde.

Was nun die differentielle Diagnose zwischen Paralysis agitans und der zerstreuten, herdweisen Sklerose der Nervencentren betrifft, so macht Verfasser folgende Bemerkungen: Auch bei letzterer wird Zittern und allmälig fortschreitende Lähmung gefunden, auch hier können Sprachstörungen, Contracturen, Anästhesien und psychische Störungen auftreten.

Der Verlauf bei beiden mehrjährig und die Prognose ungünstig.

Bei Sklerose aber ist das erste Symptom die bis zur Lähmung fortschreitende Bewegungsschwäche, während bei Paralysis agitans das Zittern stets mehr weniger lange vorhergeht; bei diffuser Sklerose beginnt die Lähmung ausnahmslos an den unteren Extremitäten, während bei Paralysis agitans zuerst die oberen befallen werden.

Das Zittern der sklerotischen tritt nicht spontan, sondern nur bei Willensintentionen oder passiven Bewegungen auf.

Endlich ist die Paralysis agitans von dem einfachen Tremor zu unterscheiden, welcher sich durch ein mehr minder heftiges Zittern, welches zuweilen alle willkürlichen Muskeln, mit Ausnahme der Gesichtsmuskeln ergreift, bei vollkommener Ruhe nachlässt, bei Bewegungen und Aufregung steigert, ohne dass Lähmungserscheinungen oder Abnahme der Muskelkraft auftreten.

Leidesdorf.

Eine durch 19½ Jahre im Gehirne sitzen gebliebene Kugel, ohne erhebliche Störungen zu erzeugen.

Mittheilung von Professor Francesco Cortese.

(Atti del R. Istituto veneto t. XV. Serie III. Dispensa IV. und Archivio italiano per le malattie nervose Marzo 1871).

Josef Soler, Advokat in Venedig, wurde den 16. Juni 1850 bei einem Pistolenduelle verwundet, die Kugel drang oberhalb des rechten Ohres ein. Prof. Cortese sah den Verwundeten 5 Stunden nach der Verletzung und constatirte das Eindringen des Projektiles in die Schädelhöhle.

Der Kranke, der sehr schwere Hirnerscheinungen darbot, wurde mit Blutentziehungen und Eisumschlägen behandelt und konnte am 31. August desselben Jahres als geheilt entlassen werden.

Es blieb zwar durch längere Zeit eine gewisse Gedächtnissschwäche und leichte Sehstörung zurück, welche aber endlich auch

wichen und es stellte sich die frühere Geistesklarkeit, Beredsamkeit und Urtheilskraft des Genesenen ein.

Er behielt nur schmerzhaftes Ziehen im Rücken, in den unteren Extremitäten und namentlich in der rechten Extremität zurück, welches Ziehen beim Husten, Niesen, Entleerungen u. s. w. heftig wurde und sich mit Kopfschmerzen verband; er starb an einer Pneumonie am 7. December 1869.

Die Obduction ergab eine trichterförmige Knochennarbe über dem rechten Ohre, an der entsprechenden Stelle in der Schädelhöhle eine beträchtliche Knochenverdickung. Auf dem Felsenbein und am Rande des Tentoriums fand man einen Körper von dunkler Farbe, welcher aus zwei Stücken Blei bestand; welche durch zwischenliegende Knochensplitter getrennt waren.

Beim Emporheben des Hinterhaupthirnes, konnte der Finger in einen Kanal eindringen, der in der Hirnsubstanz selbst gelegen war. Am Ende dieses 10 Centimeter langen horizontal verlaufenden Kanals fühlte man abermals einen rauhen und harten Körper, der sich als ein zwei Centimeter langes Knochenstück erwies.

H. B. Obersteiner.

Der Typhus bei Geisteskranken.

Von Dr. Wille.

(Allg. Zeitsch. für Psych. 27. B. 4. 5. H.)

Nachdem Verfasser bereits vor 6 Jahren darauf hingewiesen hatte, dass die Prognose des Typhus bei Geisteskranken eine relativ ungünstige sei, dessen Einfluss auf den psychischen Zustand aber sich nur ausnahmsweise in einer anhaltenden Besserung kund gebe, ist vor Kurzem Nasse dem oben Gesagten entgegengetreten, indem er in vielen Fällen von Typhus einen günstigen, selbst heilenden Einfluss auf die Psychosen constatirte.

Wille bringt 14 ausführliche Krankengeschichten zur Bestätigung seiner Ansicht; alle diese Kranken boten eine bezüglich ihrer Geistesstörung relativ günstige Prognose dar; bei fünfen blieb der Typhus ohne wesentlichen Einfluss, dreimal war er von vorübergehend ungünstigem, viermal von bleibend ungünstigem und nur zweimal von entschieden günstigem Einflusse auf die Psychose. — Was die Fälle mit ungünstiger oder zweifelhafter Prognose anlangt, so hatte Verfasser bei diesen nicht ein einziges Mal Gelegenheit Genesung in Folge von Typhus zu beobachten.

Es darf daher nicht als allgemeiner Erfahrungssatz hingestellt werden, dass der Typhus nur günstig auf den Verlauf der Psychosen

einwirke. Wo er das letztere that, mag dies seine Ursache wohl vor allem im Charakter einer Typhus-Epidemie haben. Hingegen ist zu beachten, dass Typhus nicht selten als ätiologisches Moment einer Geisteskrankheit angeführt wird, und dass bezüglich der Sterblichkeit sich das Verhältniss ungünstig für die Geisteskranken im Vergleiche mit Geistesgesunden herausstellt. H. B. Obersteiner.

Mittheilungen über die neue Landes-Irrenanstalt bei Graz.

Von Dr. Czermak.

(Sitzungsbericht des Vereines der Aerzte in Steiermark 31. October 1870.)

Der Landesausschuss von Steiermark hat den Director Dr. Czermak, den Landesbaudirector Bartl und Ingenieur Skanzoni beauftragt ein Statut, Bauprogramm und die nöthigen Planskizzen mit Kostenüberschlägen zu dem Neubau einer Irrenanstalt für Steiermark mit dem Belegraum von 300 bis 350 Kranken auf dem bereits angekauften Territorium Feldhof in der Nähe von Graz, auszuarbeiten. Dem Auftrage des Landesausschusses wurde von den Genannten entsprochen und ein Project vorgelegt, welchem das System der freien Behandlung ohne Zwangsmittel in einer decentralisirten Anstalt, mit Anwendung des Colonisationssystemes und Absonderung der Kranken aus den gebildeten Ständen in einem Pensionate, zu Grunde gelegt worden ist. — Gleichzeitig ist für Wohnräume für 12 hospitirende Aerzte Sorge getragen, welche während eines achtwochentlichen Curses die Klinik, die der Director Dr. Czermak halten wird, besuchen wollen.

Der Kostenüberschlag dieses Projectes beziffert sich auf 550.000 fl.

Dieses Project wie die zu dessen Ausführung erforderliche Summe wurden vom Landtage genehmiget. — Die Anstalt deren Flächenraum 36 Joch beträgt, soll im Mai 1872 eröffnet werden.

Die Baulichkeiten gliedern sich in folgender Weise:

Gegen die Zufuhrstrasse gewendet steht das Administrationsgebäude, welches im ebenerdigen Geschosse die Kanzleien, Magazine, Apotheke, die Wohnung des Rechnungsführers und Portiers, in der ersten Etage im Centrum den Unterhaltungssaal mit dem Bibliotheks- und Lesezimmer, links die Wohnung des Directors, rechts die Wohnung des ersten Assistenzarztes enthält.

Mit der Administration durch Gänge in Verbindung gebracht, sind rechter- und linkerseits je sechs Krankenabtheilungen der Infirmerie gelegen.

Die einzelnen Abtheilungen gliedern sich in folgender Weise und haben Fassungsraum

für ruhige reinliche Kranke	32 M.	32 Fr.
» » unreinliche »	32 »	32 »
» unruhige unreinliche »	30 »	30 »
» » der gebildeten Klasse	12 »	12 »
» tobsüchtige Kranke	8 »	8 »
» Kranke mit intercurrirenden Krankheiten	8 »	8 »

In der Mitte der Infirmerie ist das Gebäude für Küche und Badeanstalt.

Hinter derselben befindet sich die Waschanstalt mit Dampfmaschine, Wohnräume für den Maschinisten, für die Wäschaufseherin und für 20 weibliche Kranke, welche sich beim Waschen, Anfertigen und Repariren der Wäsche beschäftigen.

Von dieser Baugruppe entfernt, gegen die südwestliche Seite des Territoriums gelegen, befindet sich die Colonie. Dieselbe umfasst ein Gebäude für 20 weibliche und ein ähnliches für 30 männliche Colonisten, welches nebstdem auch die Werkstätten für die Handwerker enthält. Diese zwei Gebäude trennend, inzwischen gelegen, ist die Meierei.

Südöstlich von der Administration ist das Pensionat, welches nebst der Wohnung des 2. Assistenzarztes 10 männliche und 10 weibliche Kranke beherbergt. —

An der östlichen Ecke des Anstaltsterritoriums ist eine Kapelle.

Nordöstlich, gänzlich isolirt von den oben angeführten Gebäuden befindet sich das Leichenhaus, so wie das pathologisch-anatomische Museum mit Arbeitsräumen.

Bei der inneren Einrichtung ist alles Kerkerartige oder einen Anschein von Zwang habende vermieden.

Zur Isolirung tobender Kranker sind Isolirzellen vorhanden, deren Wände mit Kautschukplatten belegt und deren Fenster 10 Schuh hoch über den Fussboden angebracht sind.

Bei der Anlage der einzelnen Abtheilungen in der Infirmerie wurde das System der horizontalen Trennung der einzelnen Räume angewendet. Leidesdorf.

Ueber den Schwindel.

Thesis von J. B. Bradbury (London, Macmillan 1870).

Verfasser führt den Schwindel in der Mehrzahl der Fälle auf eine Alteration der Circulation im Gehirne zurück und weist für die einzel-

nen Krankheitsformen, bei denen Schwindel symptomatisch auftritt, den Zusammenhang mit der Circulationsstörung nach. — Besonders häufig, mitunter nach jeder schwer verdaulichen Mahlzeit kommen Schwindelerscheinungen bei dyspeptischen Zuständen vor.

Die Prognose wie auch die Therapie hängt ab von der Krankheit, mit welcher sich der Schwindel combinirt. — Bei der essentiellen Form, dem epileptischen Schwindel, hat Verfasser mit bestem Erfolge Bromkalium zu 15 Gran allein, oder in Verbindung mit Jodkalium und doppeltkohlensaurem Kali, oder endlich bei gleichzeitigem Gebrauche von Sulphas Zinci 1 Gr. p. d. angewendet. H. B. Obersteiner.

Eine leichte Methode vergleichender Schädelmessungen.

Von T. M. Fisher (Boston medic. and surgic. Jour. 1871. Nr. 7).

Diese Methode besteht darin, dass man sich mit Hilfe des bei den Hutmachern ziemlich allgemein eingeführten Formateurs eine Zeichnung der Peripherie des Schädels in horizontaler Ebene verschafft; ihr Nachtheil liegt in der Vernachlässigung der verticalen Ausdehnung, also der Höhe, des Schädels.

Es zeigte sich, dass, während bei Geistesgesunden die gewöhnlichste Schädelform die ovoide ist, bei zwei Dritttheilen Irrsinniger sich elliptische Schädel fanden; ferner waren bei Letzteren Abweichungen von der Symmetrie, wie sie auch an den Schädeln Gesunder nicht selten sind, viel häufiger und in weit ausgeprägterem Masse vorhanden.

H. B. Obersteiner.

Asyle für Trunksüchtige.

(The british and foreign medico-chirurgical Reviews. Jänner 1871.)

Dr. Dalsymple hat in der vorjährigen Sitzung des House of Commons eine Bill eingebracht für eine Aenderung im Irrengesetze, damit habituelle Trinker, auch wenn sie keine Symptome geistiger Störung darbieten, längere Zeit in Verwahrung gehalten werden dürfen, um dadurch von der Trunksucht geheilt zu werden. Er stützte seinen Antrag auf die günstigen Erfahrungen, die man in Amerika in den zu diesem Zwecke bestehenden Anstalten gemacht. In einem Artikel der med.-chir. Review Nr. 93 1871 werden diese, in Europa noch ziemlich unbekannten Anstalten und deren Entstehung besprochen. Dr. Albert Day (welcher der Conolly der Trunksüchtigen genannt wird), hat mit grosser Aufopferung im Jahre 1857 die erste Anstalt in Boston errichtet, welche durch ihre Erfolge bald das Entstehen ähnlicher Anstalten in verschiedenen Theilen der United States veranlasste.

Die grösste derselben ist in Binghamton, an der Erie-Eisenbahn, 215 Miles von New-York gelegen. Dieselbe liegt in einer freien anmuthigen Gegend, hat eine Front von 365 Fenstern und ist mit Comfort und allen Erfordernissen eines angenehmen Landaufenthaltes eingerichtet. Die Kosten betrugen 1 Million Dollars. Ende 1868 waren erst 82 Trinker in der Anstalt, die übrigens Platz zu einer viel grösseren Zahl zu haben scheint. Die Bewohner zahlen wöchentlich 30 Dollars. Der oberwähnte Dr. Day ist der Leiter der Anstalt; die Kranken sind durchgehends freiwillig da, und wird auch der Wille, geheilt zu werden, als nothwendige Bedingung eines günstigen Erfolges angesehen. Die dankbaren geheilten Trinker unterstützen die Anstalt mit grossen Summen. So wurden z. B. die Erhaltungskosten der Bostoner Anstalt mit 5000 Dollars per Jahr ganz allein von 3 daselbst geheilten und dadurch einem thätigen Leben wiedergegebenen Trinkern bestritten.

Dadurch, dass man Trinker nicht mit Gewalt in der Anstalt zurückhält, ja selbst zu junge Leute nicht annimmt, indem man fürchtet, dass dadurch die ernstwilligen demoralisirt würden, ist der günstige Erfolg erklärlich, während Wardi Island in New-York, das im Juli 1868 zu gleichem Zwecke errichtet wurde, und welches 90 Procent von der Polizei aufgegriffene, nicht zahlende und nur kurze Zeit zurückgehaltene Individuen enthält, keine Erfolge aufzuweisen hat.

Dr. Dalsymple hat voriges Jahr aus Opportunitätsgründen seinen Antrag freiwillig zurückgezogen; wird ihn aber dieses Jahr wieder einbringen und sich nach obigen Erfahrungen wohl nur auf die höhere und Mittelclasse der Bevölkerung beschränken, die ihren Aufenthalt selbst bezahlen kann. Obersteiner.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

am 30. März 1871 um 6 Uhr Abends.

I. Mittheilungen des Präsidiums.

II. Prof. Dr. Leidesdorf: Ueber gefährliche Geisteskranke.

III. Prof. Dr. Beer: Fortsetzung des Vortrages: „Beiträge zur Geschichte des Brandstiftungstriebes“. (II. Adolf Henke.)

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

25. April 1871. Nr. 4.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

H. Beer, M. Leidesdorf und **Th. Meynert.**

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder **2 fl. 50 kr.**, mit Postversendung **3 fl.**

Inhalt: Protokoll der Vereinssitzung vom 30. März 1871. — Gambetta. Zur Geschichte der Irrengesetzgebung in Frankreich. Mittheilung von Prof. Beer. — Prof. Leyden. Ueber progressive Bulbärparalyse. — Voisin. Fall von Glossopharyngolabial-Paralyse ohne bulbäre Sklerose. — Dr. Edwald Hecker. Ueber Hebephrenie. Prof. Ludwig Meyer. Fall von enormer Atrophie der Rippen bei einer Geisteskranken. — Dr. Clouston. Ueber Bromkalium und Cannabis indica. — Brown Sequard. Ueber das Entstehen von Hämorrhagie, Anämie, Oedem und Emphysem der Lungen bei Verletzungen der basalen Hirntheile.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 30. März 1871.

Herr Prof. Leidesdorf stellt den Antrag, zu der im Mai d. J. stattfindenden Plenarversammlung des Vereines die nicht in Wien domicilirenden Fachgenossen einzuladen, um ein Zusammentreten der österreichischen Irrenärzte zu veranlassen.

Der Antrag wird dem Verwaltungsrathe zugewiesen.

Hierauf hält Prof. Leidesdorf einen freien Vortrag über „Gefährliche Geisteskranke," wie er bemerkt, in der Absicht im Schoosse des Vereines eine Discussion über diesen Gegenstand einzuleiten. Denn wenn auch diese Frage in den Jahren 1868 und 1869 in der „Société médico-psychologique" lebhaft ventilirt worden und der damals gehaltene Vortrag J. Falret's Allen bekannt sei, so hält Redner den Gegenstand nicht für hinlänglich erledigt und meint, dass derselbe noch Gesichtspunkte darbiete, welche einer Feststellung um so mehr bedürfen, als dabei auch locale Verhältnisse in Rechnung zu ziehen seien, und als den praktischen und öffentlich angestellten Aerzten, welche sich über die Gefährlichkeit eines Geisteskranken auszusprechen haben, feste und sichere, der Wissenschaft und Erfahrung entnommene Anhaltspunkte an die Hand gegeben werden sollen.

Geht man näher auf den Begriff ein, was man unter einem gefährlichen Irren zu verstehen habe, so zeigt sich, dass dieser Begriff kein

absoluter sei, und dass mancher Geisteskranke nicht so sehr durch seinen abnormen psychischen Zustand, als durch ungünstige, seinen Bedürfnissen nicht entsprechende Aussenverhältnisse gefährlich werde. Es handle sich auch nicht darum zu erörtern, welche Geisteskranken möglicherweise gefährlich werden können, da man dann alle überhaupt als solche betrachten müsste, sondern zu bestimmen, welche als gefährliche wirklich zu betrachten sind. Zu diesem Behufe theilt Redner die Kranken in solche, welche ausserhalb der Anstalten und in solche, welche innerhalb derselben sich befinden; und hebt hervor, dass die Gefährlichkeit eines psychisch Kranken durchaus nicht identisch ist mit der Nothwendigkeit denselben in einer Irrenanstalt unterzubringen, dass dabei namentlich zwei Momente bestimmend wirken: die Pflege und Ueberwachung, welche der Kranke zu Hause geniessen kann, und die Dauer seines krankhaften Seelenzustandes.

Ist letztere voraussichtlich eine kurze, so habe man kein Recht, den Kranken einer Irrenanstalt zuzuführen; für solche Leidende, wenn sie zu Hause keine hinreichende Pflege haben können, soll es Abtheilungen in den Krankenhäusern geben, gerade so gut wie für zweifelhafte Fälle von Geisteskrankheit.

Ein an alkoholischer, narkotischer oder an einer andern heftige Cerebralsymptome erzeugenden Vergiftung Erkrankter gehört doch wahrlich nicht, wenn er auch für die Dauer seiner Delirien als gefährlich zu betrachten ist, in eine Irrenanstalt. Man müsste sonst auch alle Typhuskranken, alle acuten Leberatrophien, alle mit fieberhaften Delirien Behafteten, viele Hysterische in solche Anstalten bringen.

Dies vorausgeschickt, beschränkt sich Redner darauf, vorzugsweise von andauernden psychischen Störungen zu sprechen, welche sich in einer gewissen Reihenfolge zu entwickeln pflegen. Er macht vor Allem darauf aufmerksam, dass die meisten von den Irren verübten Gewaltthaten in den ersten Stadien der psychischen Erkrankung vorzukommen pflegen, und sieht eine günstige Combination darin, dass die zwei Momente der Heilbarkeit und grösseren Gefährlichkeit zusammentreffen, da beiden durch die Unterbringung des Kranken in eine Anstalt entsprochen wird.

Die Melancholischen werden durch ihre schmerzliche Verstimmung, durch die Angstgefühle und Hallucinationen gefährlich; wo in Folge dieser Hang zum Selbstmorde auftritt, ist der Kranke als sich im höchsten Grade gefährlich zu betrachten. — Kommt es zu Wahnvorstellungen, so ist in manchen Fällen der religiöse ganz besonders aber der Verfolgungswahn besonders zu berücksichtigen. — Um die Gefährlichkeit der mit Verfolgungswahn Behafteten zu beurtheilen, ist es nöthig, wie dies auch Falret hervorhebt, den früheren Charakter des Kranken zu kennen, weil erfahrungsgemäss heftige Charaktere auch im Irrsinn leichter zu Gewaltthaten hingerissen

werden, als geduldige, gutmüthige. Ferner sei zu beachten, ob das Verfolgungsdelirium ein vages objectloses oder ein bereits gewisse Individuen in's Auge fassendes sei, wodurch die Gefährlichkeit erhöht wird; ebenso sind intensiv und häufig auftretende Gehörshallucinationen eine bedenkliche Erscheinung. — Dadurch, dass derartige Kranke ihre Wahnideen lange Zeit verborgen halten können, wird ihre Gefährlichkeit noch erhöht, da man, auf ihre ausschreitenden Handlungen nicht gefasst, denselben auch keinen Damm entgegensetzen zu müssen glaubt.

Was hier an Vorsichtsmassregeln versäumt wird, wird bei den Tobsüchtigen nur zu sehr nachgeholt, welche in der Regel sich drohender geberden als sie wirklich sind, und an Gefährlichkeit den erwähnten Melancholischen weit nachstehen.

Anders verhalten sich die Maniakalischen in dem Stadium heiterer Verstimmung, in welchem sie durch die Störung der öffentlichen Ordnung, sowie durch eine sinnlose Geldgebahrung gefährlich werden; späterhin, wenn an die Stelle der alten eine neue Persönlichkeit getreten, wenn sie sich für Minister, Könige u. s. w. halten, kommen sie bei der Rücksichtslosigkeit ihres Gebahrens, bei der Unduldsamkeit jedes Widerspruches leicht in Conflict oder schreiten auf Kosten der häuslichen und öffentlichen Ordnung zur Verwirklichung ihrer krankhaften Pläne.

Von den secundären Formen zieht L. die Verrücktheit und den Blödsinn in den Kreis seiner Betrachtungen und meint, man könne bezüglich der Gefährlichkeit in dieser Beziehung keine allgemein gültigen Regeln aufstellen. Bei den Verrückten sei die Art ihrer Wahnideen, sowie die paroxysmenweise auftretende Aufregung entscheidend; sind die Paroxysmen vorüber, so fehle den Kranken in der Regel die nöthige Energie zur Ausführung einer Gewaltthat, wenn nicht Sinnesdelirien gefährlichen Inhalts sie dazu treiben.

Die Blödsinnigen seien der Mehrzahl nach bei nur einigermassen genügender Ueberwachung, in der Regel ungefährliche Individuen, doch können sie ohne solche Ueberwachung vermöge der von keiner Ueberlegung und keinem sittlichen Gefühle gezügelten Triebe gefährliche, oft schaudererregende Handlungen begehen. — Es kann im Allgemeinen nur die genaue Untersuchung jedes einzelnen Falles Aufschluss geben, ob der betreffende Blödsinnige als ein gefährlicher oder ungefährlicher Irre zu betrachten sei.

Im weiteren Verlaufe des Vortrages wird noch der Gefährlichkeit der Säufer und der Epileptiker gedacht. — Die Folgen des Missbrauches geistiger Getränke treten als Delirium tremens und als chronischer Alkoholismus auf. — Die Gefährlichkeit der an Delirium tremens Leidenden ist bekannt; sie gehören, wie schon erwähnt, nicht

in Irrenanstalten, bedürfen aber sorgfältiger Ueberwachung. Bei Individuen, die schon zu wiederholten Malen an Delirium tremens gelitten, ist das Urtheil ihrer muthmasslichen Gefährlichkeit durch den bekannten Umstand erleichtert, dass die psychischen Störungen bei den einzelnen Anfällen sich gleichen und daher die vorausgegangenen, bezüglich der Gefährlichkeit des Kranken, einen berechtigten Schluss auf die nachfolgenden Anfälle gestatten.

Die mit chronischem Alkoholismus behafteten Kranken seien, wenn auch reizbare und streitsüchtige, doch im Allgemeinen keine sehr gefährlichen Kranken.

Was die Epileptischen anbelangt, so ergebe sich, dass ein Theil davon, abgesehen von einigen Charaktereigenthümlichkeiten, psychisch gesund sei, ein Theil geisteskranker Epileptiker ist bereits verblödet und harmlos, bei einem anderen Theile aber kommt es zu ausserordentlich heftigen psychischen Erscheinungen, welche dem epileptischen Anfalle vorausgehen, nachfolgen oder ihn ersetzen.

Die grosse Gefährlichkeit dieser Erscheinungen liegt in der Plötzlichkeit ihres Auftretens, in der blinden Wuth und Rücksichtslosigkeit der bei erloschenem Selbstbewusstsein vollzogenen Handlungen.

Das gelindere oder heftigere Auftreten der epileptischen Anfälle gibt keinen Anhaltspunkt für die Gefährlichkeit der darauf folgenden psychischen Störungen. Es ist nur zu bemerken, dass diese Störungen häufig bei jedem erneuerten Anfalle oft bis in die kleinsten Details immer den gleichen Charakter an sich tragen und daher in gewissen Grenzen einen Schluss bezüglich der Gefährlichkeit des Kranken ermöglichen.

Prof. Leidesdorf geht nun zur Betrachtung der in den Irrenanstalten befindlichen Irren über und glaubt, sich hier kürzer fassen zu können, weil die Frage der Gefährlichkeit dieser Kranken von Sachverständigen auf Grundlage fortgesetzter Beobachtung gelöst wird. Redner hebt vor Allem hervor, dass viele ruhig und gefahrlos gewordene Irre aus den Anstalten entlassen werden könnten, wenn es möglich wäre, sie ausserhalb derselben unter eine humane Aufsicht zu stellen und ist der Meinung, dass solche Verhältnisse von Seite des Landes und der Commune angestrebt werden müssen, dass man Familien, welche derlei Kranke zu pflegen und beaufsichtigen bereit sind, mit Geldbeiträgen unterstützen soll, dass diese Familien aber selbst wieder einer gewissen Aufsicht in Bezug auf ihre Pflichterfüllung ihrem Pfleglinge gegenüber zu unterwerfen seien.

Schwieriger als für die eben erwähnte Kategorie von Irren sei aber die Sache bei den intermittirenden Formen, bei der habituellen Trunksucht und bei Individuen, die im geisteskranken Zustande eine verbrecherische Handlung begangen haben.

Gewisse Formen von Geistesstörung sind durch auftretende Anfälle charakterisirt, während welcher die Kranken als absolut gefährlich zu betrachten sind. Mit dem Schwinden dieser Paroxysmen schwinde nicht die Krankheit, aber die Gefährlichkeit des Kranken.

Dahin gehört die sogenannte Folie circulaire. Die periodisch auftretenden Aufregungszustände pflegen aber hier sich nur allmälig zu hohen Graden zu steigern und gewähren der Umgebung Zeit, die nöthigen Vorsichtsmassregeln zu treffen.

Der ganze Cyclus der Erscheinungen pflegt ein so regelmässiger zu sein, dass sich mit der Zeit genau bestimmen lässt, wann der Kranke als gefahrlos zu entlassen, wann als gefährlich zu sequestriren sei.

Es gibt aber noch eine andere, für die Beurtheilung schwierigere Form der Intermittenz, welche man bei gewissen Melancholikern beobachtet.

Ein mässiger Grad von Melancholie bildet den Grundcharakter; dieser Zustand wird aber durch gleichsam plötzlich und zu bestimmten Zeiten auftretende Angstgefühle, Hallucinationen, getrübtes Selbstbewusstsein unterbrochen. Der Anfall kann einige Wochen lang, wenn auch nicht in gleicher Intensität, anhalten und macht erst allmälig dem früheren mässigen und gefahrlosen Grade von Melancholie Platz.

Das plötzliche, unerwartete, nicht vorauszubestimmende Auftreten der eben erwähnten Anfälle, während welcher der Kranke als höchst gefährlich erscheint, macht es fraglich, ob solche Kranke nicht vielleicht so lange als gefährlich zu betrachten seien, als ihre Anfälle sich überhaupt wiederholen.

Bezüglich der habituellen Trunksucht zieht L. jene Kranke in Erwägung, welche sich dem Genusse geistiger Getränke hingeben und in Folge dessen oft schon bei kleinen Quantitäten in einen geisteskranken Zustand mit maniakalischer Aufregung oder mit melancholischer Depression, mit Hallucinationen, Mord- und Selbstmordideen verfallen und gefährlich werden. Die Kranken bessern sich unter dem Einflusse des regelmässigen, ihrem Hange zum Trunke wirksam entgegentretenden Anstaltslebens und pflegen bald zu genesen.

Aus der Anstalt entlassen, fallen sie wieder ihrem früheren Laster und somit wieder der daraus sich ergebenden Geisteskrankheit anheim.

Sie kommen 3-, 4-, 6- bis 10mal wieder in die Anstalt, wo sie immer wieder besser werden, bis endlich ein gewisser Grad geistiger und sittlicher Stumpfheit bleibend wird. L. wirft nun die Frage auf, ob man solche Kranke nach der 2., 3., 4. Recidive in der Anstalt behalten oder sie entlassen soll?

Bezüglich der Irren, die eine verbrecherische Handlung begangen haben und unter der Behandlung in einer Anstalt genesen, glaubt L., dass man sie allerdings lange und äusserst sorgfältig beobachten soll, dass aber, wenn die Genesung sich als eine vollständige erweist, oder die Unheilbarkeit in einer gefahrlosen Form sich entwickelt hat, der Kranke zu entlassen und als nicht weiter gefährlich zu betrachten sei.

Was L. im früheren Abschnitte von den Epileptikern überhaupt gesagt, halte er auch für die in Anstalten befindlichen aufrecht.

Die paralytische Geisteskrankheit habe er nicht besonders gewürdigt, da die dabei auftretenden psychischen Störungen in irgend einer der besprochenen Kategorien ihren Platz finden dürften.

Die vorliegende Darstellung der gefährlichen Irren sei überhaupt eine höchst summarische und habe nur den Zweck, eine bezügliche Erörterung im Schoosse des Vereines anzuregen.

Auf Antrag des Präsidenten, Herrn Director Spurzheim, wird die Discussion über die im Vortrage des Herrn Prof. Leidesdorf aufgeworfenen Fragen auf die nächste Sitzung verschoben. — Hierauf beschliesst Herr Regierungsrath Prof. Beer seinen Vortrag: „Zur Geschichte der Lehre vom Brandstiftungstriebe“ (H. Henke). Die durch Erfahrungen bewiesene Thatsache, dass jugendliche Individuen häufig Brandstiftung verüben, hat Henke als „Neigung zur Brandstiftung“ bezeichnet, und mit der bei Kindern so oft wahrgenommenen Feuerlust in Beziehung gestellt. Er hat diese Benennung zur Bezeichnung eines Phänomens gewählt. Allein Schriftsteller nach ihm (A. Meckel, Masius) haben einen krankhaften Brandstiftungstrieb daraus gemacht, und die Lehre von diesem krankhaften Triebe so dargestellt, als hätte sie Henke zuerst in die gerichtliche Medicin eingeführt. Henke hält diese Benennung nicht für die passende, denn 1. das Wort „Trieb“ erinnert an den naturgemässen Trieb (Nahrungs-, Geschlechtstrieb), mit welchem die Neigung, Feuer anzulegen, durchaus nicht in Parallele zu stellen ist, in Bezug auf die Allgemeinheit seines Vorkommens, und 2. wurde der Name schon so gedeutet, dass man nur einen Trieb, eine Begierde zum Feueranlegen darunter zu verstehen habe. Bei dieser Auslegung, sagt Henke, werde von der von ihm dargelegten Ansicht ganz abgewichen, nach welcher durch krankhafte Evolution bedingte Feuerlust (Feuergier, Lichtgier) zur Brandstiftung nur als zu einem Mittel führt, jene Lust zu befriedigen. Der Name Brandstiftungstrieb ist also nach Henke ausser Gebrauch zu setzen, und wird besser Feuerlust zu nennen sein, die aus der Neigung zur Brandstiftung hervorgehen kann, aber nicht muss. Henke's Resumé seiner eigenen Ansicht (Ergänzungsschrift 14, pag. 223) geht dahin:

1. Die aus krankhafter Entwicklung hervorgehende instinctartige Feuerlust (Feuergier, Lichtgier) besteht erfahrungsgemäss bei jugendlichen Individuen zuweilen eine zeitlang periodisch zu- und abnehmend, ohne zu auffallenden gesetzwidrigen Handlungen (Brandstiftung) zu führen und verschwindet mit beendigter Evolution. 2. Sie kann aber in einzelnen Fällen unter vorhandenen bedeutenden somatischen oder psychischen Störungen in Neigung zur Brandstiftung übergehen. 3. Es ist ausser Zweifel, dass bei den Brandstiftungsfällen jugendlicher Personen nicht krankhafte Feuerlust, sondern strafbare Motive oder kindische Einfalt, an Blödsinn grenzende Geistesstumpfheit, Hang zu Neckereien, Sehnsucht, aus dem lästigen Dienste zu kommen, Heimweh als Ursache sich ergeben habe. 4. Aus der Häufigkeit solcher Erfahrungen lässt sich aber nicht beweisen, dass die krankhafte Feuerlust und die aus dieser hervorgehende Brandstiftung gar nicht existire. 5. Die sehr grosse Seltenheit von derlei Fällen macht die richtige Würdigung und Anerkennung eines solchen, durch leibliche und psychische Störung bedingten unfreien Zustandes nicht weniger nöthig und unerlässlich. 6. Der unpassende Name Brandstiftungstrieb, ferner Missverständniss, Unkenntniss, falsches Mitleid oder Leichtsinn einzelner Aerzte gab Anlass zur Klage der Criminalisten, dass die Gerichtsärzte diese Ansicht missbrauchen; allein dies ist selten und eine höhere Medicinalbehörde kann diese Gutachten berichtigen. 7. Wo bei jugendlichen Brandstiftern offenbare Merkmale andauernder Geisteszerrüttung oder nur eine zeitlang dauernde periodische psychische Störungen vorkommen, da genügt der Beweis, dass ein solcher kranker Zustand da war oder ist, um die Frage zu lösen. Es ist dann von keiner Erheblichkeit, ob Feuerlust da war oder nicht. 8. Jene Fälle von Brandstiftung aber, in denen keine Form der ausgebildeten Seelenstörung sich ergibt, auch keine dauernde körperliche Krankheit, und die ohne Motive der Rachsucht und Bosheit zu Stande kommen, gehören in die Classe der zweifelhaften psychischen Zustände. In diesen Fällen findet die Lehre von der krankhaften Feuerlust der an anomaler Entwicklung leidenden jugendlichen Individuen ihre Anwendung; der Arzt wird untersuchen, ob hier nicht eine verborgene psychische Störung statt habe, Merkmale einer gestörten Entwicklung — die Zeichen entsprechender psychischer Störung — ob nicht ein Hang, sich mit dem Feuer zu beschäftigen, „Feuerlust," wahrgenommen wurde, bevor die Brandstiftung geschah; ob keine sonstigen Motive da waren, ob nach der Handlung die Individuen sich von Angst befangen fühlten, keine Massregeln zur Verheimlichung trafen, nicht entflohen oder sich selbst anzeigten, Selbstmord versuchten? In solchen Fällen kann er krankhafte instinctartige Feuerlust annehmen. 9. Wo der Gerichtsarzt Unfreiheit vermöge psychischer Störung durch anomale Entwicklung annimmt, ist es unerlässlich, auch den Beweis für die Existenz dieser Zustände und das Dasein derselben zur völligen Gewiss-

heit oder doch zur überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu führen. 10. Blosse Voraussetzungen, Muthmassung von Möglichkeiten eines krankhaften Zustandes haben weder Giltigkeit, noch Beweiskraft. 11. Nicht das jugendliche Alter allein berechtigt den Brandstifter als psychisch krank darzustellen, sondern nur das erwiesene Vorhandensein körperlicher und psychischer Krankheitssymptome und ihr Einfluss zur Zeit der That. Mangel verbrecherischer Motive sind wichtig. 12. Wo bestimmte Motive (Bosheit etc.) ermittelt sind und keine Zeichen von gestörter Körper- oder Geistesfunction sich ergeben, da kann weder von gestörter Evolution, noch von krankhafter Feuerlust die Rede sein. 13. Die grösste Schwierigkeit bietet die Beurtheilung jugendlicher Brandstifter, bei denen Merkmale unvollkommener, nicht ausgebildeter psychischer Krankheit gefunden werden. 14. Diese Fälle sind nach den besonderen Regeln, die für diese verborgenen Zustände gelten, zu beurtheilen. 15. Die Ausmittlung einer causa facinoris genügt aber nicht für die Zurechnungsfähigkeit. Denn Affecte und Leidenschaften können auch bei notorisch Geisteskranken wirksam werden. — Diese Regeln gibt Henke (Abhandlung B. II., 2. Auflage, pag. 371).

Gambetta.

(Ein Beitrag zur Geschichte der Irrengesetzgebung in Frankreich. Mitgetheilt von Prof. Dr. Beer.)

(Schluss.)

Bezüglich der Frage, ob dieser Gesetzesvorschlag für die Geisteskranken und für die bürgerliche Gesellschaft nützlich sei, wird Folgendes bemerkt:

Was die verwandtschaftlichen Personen betrifft, welche um eine Aufnahme ihrer Angehörigen in ein Irrenhaus ansuchen, will das neue Project, dass man nur bis zum Geschwisterkind inclusive, den Verwandten diese Berechtigung einräume, man müsse aber jeden Andern, sei er auch mit einem ärztlichen Zeugnisse versehen, zurückweisen. Abgesehen von jenen Kranken, die keine Verwandten haben, scheinen die Verfasser des neuen Entwurfes gar keinen Begriff von der Tragweite jener Aufnahmsbeschränkung zu haben. Es ist leider eine traurige, aber wahre Erscheinung, dass Geisteskranke ihre Abneigung und Wuth vorzüglich gegen diejenigen, die ihnen am nächsten stehen, zu richten pflegen. Daher hat es, wenn ein Nichtverwandter das Aufnahmsgesuch unterzeichnet, den Vortheil, dass man dem Uebelstande entgeht, dass die Geisteskranken zu den eingebildeten Klagen über ihre Verwandten nicht noch jene hinzufügen, dass diese Letzteren sie haben einsperren lassen. Man kann daher eine Frau oder einen Ehe-

mann leichter gegen die von dem Geisteskranken oft tückischerweise vorbereiteten Racheacte schützen.

Wenn der neue Entwurf sagt, dass die Jury sich zum Geisteskranken begeben wird, wenn sich dieser nicht zu ihr verfügen will, so ist zu bemerken, dass, um jener Schwierigkeit vorzubeugen, man oft zur List oder Gewalt seine Zuflucht nehmen, d. h. man wird bei der ersten Formalität der Aufnahme die individuelle Freiheit verletzen. Setzen wir jedoch den Fall, dass man den Kranken vor die Jury hat vorführen können. Was wird nun geschehen? Der neue Entwurf will, dass ihm ein Rechtsfreund zur Seite stehe, welcher ihm die moralische Tortur eines Verhörs ersparen, anstatt seiner antworten wird. Ein solches Verfahren aber streift wahrlich an's Groteske und führt zu Molière'schen Scenen. Denn die Jury würde berathen und urtheilen, ohne nur den Ton der Stimme des Kranken gehört zu haben, weil der Rechtsfreund an dessen statt antworten kann. Man wird daher sehen, wie ein Advocat über den diagnostischen Werth der ungleichen Pupille, des Zitterns der Hände, der undeutlichen Sprache u. dgl. sich in Discussion einlässt.

Kann ein Verhör zur Erkenntniss des geisteskranken Zustandes führen? Wer so etwas zu behaupten wagt, der zeigt seine vollständige Unwissenheit in Bezug auf das Verhalten von Personen, welche an Sinnestäuschungen (Hallucinationen) leiden, oder welche lichte Zwischenräume haben. Ist z. B. ein Kranker vom Hange zum Selbstmorde heimgesucht, so wird er beim Verhöre mit solcher Zurückhaltung oder Verstellung antworten, dass man gar nichts entdecken wird. „Man sagt," wird er antworten, ich wolle mich umbringen. Wie kann man nur mir in meiner Lage eine solche Idee zumuthen; ich habe eine treffliche Familie, Kinder, die ich anbete und noch dazu ein schönes Vermögen; wie sollte ich die Absicht hegen, alles dieses zu verlassen?" Hört die Jury den Menschen so vernünftig sprechen, so wird sie ihm die Freiheit geben und nach Hause entlassen, — aber wie wird sie sich getäuscht sehen, wenn bald darauf dieser Monomane seinen selbstmörderischen Vorsatz ausführt, den er vielleicht während des Verhörs beschlossen hatte.

Der neue Entwurf spricht von „zerrüttetem Gehirn, von zerstörter Intelligenz, sobald der Mensch die Schwelle eines Irrenhauses überschreitet." Glaubt man aber, dass das Erscheinen vor einer Jury nicht ebenfalls für denselben gefährlich werden kann? Hat man eine klare Vorstellung von den schrecklichen Qualen, die ein Vater, eine Mutter, ein Bruder erleidet, wenn sie wegen eines Platzes ihres Angehörigen im Irrenhause vor einer Jury Zeugniss ablegen — oder von dem Kampfe, den sie zu bestehen haben würden, mit einem Advocaten, dessen Aufgabe sein wird, sich der Aufnahme in das Irrenhaus zu widersetzen, während diese Aufnahme vielleicht das einzige Rettungsmittel des Kranken ist? Kann man sich in die Lage eines Vaters hineindenken, wie er seine Tochter vor die Jury hinführt, um dabei zu

sein, wenn sein Kind sich den empörendsten oder unsittlichsten Gesticulationen überlässt — oder obscöner Ausdrücke sich bedient — oder ausruft, dass man sie nothzüchtige, sie schwängere — das gäbe schreckliche Scenen, welche allein hinreichen, einen Gesetzentwurf zurückzuweisen, welcher die zärtlichsten und heiligsten Gefühle verletzt.

Und doch betrachten es die Verfasser des neuen Entwurfes als eine unerhörte Sache, wenn man sich in unserer Zeit genöthigt sieht, folgende Einwürfe zu widerlegen. „Wenn ein Wahnsinnsfall eine Familie in der Person eines ihrer Mitglieder betrübt, so gehört es nicht zur Pflicht der Gesellschaft, sie hievon zu befreien; ja noch mehr sagen die Verfasser, was gilt ein Privatinteresse gegenüber dem Dogma der individuellen Freiheit?“ Setzen wir jedoch den Fall, die Herren Gambetta und Magnin hätten in ihrer Familie einen Geisteskranken, so würden sie bald erfahren, wohin es führt, wenn man die Lehre von der individuellen Freiheit über das wohlverstandene Interesse des unglücklichen Kranken setzt. Ihr Entwurf will, dass die Behörde (Präfect oder Unterpräfect) nur für gefährliche Geisteskranke eine Aufnahme zu verlangen berechtigt sei; auch müsse der Präsident folgende zwei Fragen der Jury vorlegen: Ist Geisteskrankheit vorhanden und dies vorausgesetzt, erfordert die öffentliche Sicherheit die Aufnahme in ein Irrenhaus? Sagt die Jury nein, so bleibt der Geisteskranke in Freiheit; da es aber möglich ist, dass er Misshandlungen ausgesetzt sei, oder sonst in sehr traurigen Verhältnissen sich befinde, so will der neue Entwurf, dass die Behörde als natürliche Beschützerin des Schwachen, die Stelle der abwesenden oder gewissenlosen Verwandten vertrete und um eine freiwillige Uebersetzung in's Irrenhaus einschreite. Allein man wird dann das wahrhaft unglaubliche Schauspiel haben, dass ein Mensch, von dem die Jury erklärt, dass er nicht hinreichend gefährlich sei, um in's Irrenhaus gebracht zu werden, dennoch in dasselbe in Folge einer Forderung des Staatsprocurators kommen wird.

Durch eine solche Einrichtung wollen die Verfasser des Entwurfes die Behörde in die Unmöglichkeit versetzen, einen Geisteskranken in eine Irrenanstalt zu bringen, indem sie diese Placirung als einen Act des Despotismus betrachten. Es wäre jedoch zunächst nothwendig zu beweisen, dass solche despotische Placirungen stattgefunden haben; die Herren Gambetta und Magnin freilich glauben zu wissen, dass die Gesetze solche Acte niemals gehindert haben.

Wir fügen noch hinzu, dass eine Jury, in der Art wie der Entwurf es will, zusammengesetzt, nicht das mindeste Verständniss von der Psychiatrie hat und durchaus unfähig ist, eine Geistesstörung zu erkennen; würde es einem Manne in den Sinn kommen, den Vorschlag zu machen, dass man die Richterstellen bei den Handelsgerichten mit Aerzten besetzen soll, so würde man einen solchen Menschen für einen

Narren erklären, und doch wäre ein solcher Vorschlag nicht sonderbarer als die Forderungen des vorliegenden Entwurfes. Es bleibt noch übrig nachzuweisen, dass in dem neuen Entwurf die Entlassung der Geisteskranken viel weniger leicht und weniger rasch vor sich ginge als nach dem bestehenden Irrengesetze vom Jahre 1838. Man könnte noch durch zahlreiche Beispiele beweisen, dass dem als geisteskrank anerkannten Menschen den Genuss und die Ausübung seiner Rechte bewahren wollen, nur zu dessen Schaden und zu Processen führen würde, ohne den Vortheil zu gewähren (wie G. und M. glauben), die Anzahl der Geisteskranken vermindert zu sehen.

Wirft man endlich einen Blick auf den Geist des bestehenden Gesetzes vom Jahre 1838 im Vergleich zu dem Gesetzentwurf der genannten Herren, so ergibt sich Folgendes: Das bestehende Irrengesetz betrachtet den Irrsinnigen als einen Kranken, den man pflegen muss. Der Arzt spielt nicht die Rolle eines Richters, welcher befiehlt, sondern er räth nur ein rationelles Verfahren zum Behufe der Heilung an. Denselben Heilzweck verfolgt er, wenn er den Eintritt in das Zimmer eines Kranken verbietet, oder wenn er diesen zwingt, in einer dunklen Zelle zu bleiben; nur, da zuweilen die Behandlung eine energische und von langer Dauer ist, muss die Gesellschaft (wie dies das Gesetz will) dem Kranken Garantien bieten und verhindern, dass die ärztliche Behandlung weder eine unzeitige, noch eine längere sei, als nothwendig ist; dagegen betrachtet der Gambettische Entwurf den Irren als einen Menschen, welcher eines Verbrechens angeklagt ist, und zwar des Verbrechens des Verlustes der Vernunft. Wird er von der Jury als schuldig erklärt, so verurtheilt man ihn zum Irrenhaus; denn indem die Verfasser des Entwurfes alles, was Erfahrung der Sachverständigen gelehrt hat, verwerfen, so nehmen sie dasselbe nur wieder auf als ein nothwendiges Zugeständniss, welches man der öffentlichen Ordnung und der persönlichen Sicherheit gewährt.

„Keine falsche Scham, keine Heuchelei der Sprache," rufen die Verfasser aus, „es ist nicht ein Kranker, welchen man Euch übergibt zum Behufe der Heilung, um ihn wiederum der Gesellschaft zurückzugeben, sondern ein der öffentlichen Sicherheit dargebrachtes Opfer."

Das ist der Geist eines Gesetzentwurfes, welchen im Jahre 1870 Männer vorlegen, die an der Spitze einer freisinnigen Bewegung zu stehen vorgeben; aber ein solcher Entwurf führt uns um ein Jahrhundert zurück, weil darin der Unglückliche nur als ein gefährliches Wesen betrachtet und gleichsam mit einem wüthenden Hunde in Parallele gestellt wird.

Die zu Anfang dieses Aufsatzes erwähnte Commission der gerichtsärztlichen Gesellschaft gab daher als Resumé ihrer Verhandlungen Folgendes an: 1. Das Irrengesetz vom 30. Juni 1838 ist ein zweckentsprechendes, weil dasselbe die richtige Mitte zwischen dem Interesse der Kranken, der Ehre der Familien, der Sicherheit der

Gesellschaft und der persönlichen Freiheit hält; 2. Wenn man einige Anordnung desselben, die im Geiste des Gesetzes selbst liegen, näher entwickelt und modificirt, so werden die Garantien sich vermehren, ohne das Grundprincip des Gesetzes ändern zu müssen; 3. Alle Massregeln, welche die Versetzung des Kranken in die Irrenanstalt verzögern, sind schädlich den Kranken, gefahrdrohend für die Gesellschaft und würden nur zum Resultate führen, dass die Geisteskranken in heimliche Maisons de santé kämen, in welchen die Sequestrationen viel häufiger und viel schwerer zu verhindern wären. (Annales d'hyg. publique II. Série, Tom. 34.)

Es dürfte für den Leser dieses Commissionsberichtes nicht ohne Interesse sein, das Urtheil zu hören, welches der ausgezeichnete Psychiater Damerow im Jahre 1844 *) über das in Rede stehende Irrengesetz vom 30. Juni 1838 gefällt hat: Das grösste folgenreichste Ereigniss in Frankreich auf dem Gebiete der objectiven Psychiatrie ist das Irrengesetz vom 30. Juni 1838. Mit vollem Rechte konnte der Minister des Innern in seinem Circular vom 23. Juli an die Präfecten von diesem Gesetze sagen, dass es mit Dankbarkeit von allen wahren Freunden der Humanität aufgenommen werden würde; dass es eine wesentliche Lücke in der administrativen Gesetzgebung ausfülle und ein dauerndes Ehrendenkmal von Frankreichs Friedensepoche sei. (Tempora mutantur!)

„Das Gesetz erhebt," sagt Damerow, „was nicht hoch genug anzuschlagen ist, alle öffentlichen Irrenanstalten zu Staatsanstalten und enthält eine Menge Bestimmungen über freiwillige und unfreiwillige Aufnahmen, über Belassung der Irren in Irrenanstalten, über Entlassung aus denselben" u. s. w. **)

---

*) Zeitschrift für Psychiatrie Bd. I, pag. IX.

**) Es dürfte nicht überflüssig sein, hier zu bemerken, dass schon im Jänner 1869 ein Mitglied des psychiatrischen Vereines in Wien auf die Nothwendigkeit eines Irrengesetzes in Oesterreich, wie dasselbe schon längst in allen civilisirten Staaten Europas besteht, aufmerksam gemacht, und dass dieser Verein ein Comité zu einem diesfälligen Gesetzentwurfe aus seiner Mitte gebildet, und den von diesem Comité vorgelegten Entwurf in pleno berathen und den damaligen Ministerien des Innern und der Justiz zum Behufe einer Vorlage an den Reichsrath unterbreitet hat.

Ueber progressive Bulbär-Paralyse.

Von Prof. E. Leyden.

(Archiv für Psychiatrie, II. Bd., 3. Heft.)

Prof. Leyden theilt nach vorausgegangener Berücksichtigung der einschlägigen Literatur und Beschreibung der in Rede stehenden Erkrankung drei von ihm genau beobachtete Krankengeschichten nebst Leichenbefund und mikroskopischer Untersuchung und drei andere am Leben erhaltene Fälle mit und kommt zu folgenden Schlüssen:

Der der progressiven Pharyngolabialparalyse zu Grunde liegende Process kann man ohne Zögern als Myelitis bezeichnen, auch die Symptome bei Lebzeiten sprechen zu Gunsten eines chronisch-entzündlichen Processes. Dabei ist allerdings nicht zu übersehen, dass die anatomische Deutung des Processes im Nervensysteme noch sehr unsicher ist, und dass wir namentlich den Begriff Myelitis noch nicht sicher feststellen und ihn von atrophischen und degenerativen Processen unterscheiden können. — Allein wir finden bei der progressiven bulbären Paralyse nicht allein die Entwickelung von Fettkörnchenzellen, sondern auch eine Vermehrung der sternförmigen Körper im Rückenmarke. — Eine erhebliche Wucherung interstitieller Zellen und Kerne wird aber, abgesehen von suppurativen Entzündungen, keineswegs bei allen Fällen von Myelitis beobachtet. Aus diesem Grunde glaubt L. vor der Hand die Bezeichnung des Processes als Myelitis gelten lassen zu dürfen.

Indessen muss hervorgehoben werden, dass sich die Form durch auffallende Besonderheiten charakterisirt.

Die erste auffällige Erscheinung ist die Verbreitung. Der Process ist, übereinstimmend mit den Symptomen während des Lebens, beschränkt auf die vorderen motorischen Partien des Markes, die Hinterstränge sind intact.

Am meisten ergriffen sind die hinteren Seiten und inneren Vorderstränge, obwohl die zwischen ihnen liegende Partie nicht ganz intact ist.

Die zweite Eigenthümlichkeit ist die fettige Atrophie der Nervenwurzeln, besonders deutlich an den Hirnnerven und diese Atrophie der Nerven, welche sich in das Centralorgan hinein fortsetzt, nach der Peripherie hin aber abnimmt, ist mit Atrophie der Muskeln in Form der progressiven Muskelatrophie verbunden. Ein Verhalten, welches bei anderen Formen der Myelitis keineswegs gewöhnlich ist, indem in den

meisten Fällen zuerst Lähmung und allmälig Abmagerung der Muskeln eintritt. Es handelt sich demnach um eine Atrophie, resp. Degeneration, welche, wie es scheint, die ganze Ausdehnung der motorischen Fasern befällt, von der Peripherie der Muskelfasern bis zum Centrum der motorischen Ganglienzellen. Dass der Process vom Centralorgan ausgeht, ist kaum zu bezweifeln. Ob er hier aber in der weissen oder grauen Substanz seinen Ursprung habe, bleibt dahingestellt.

Die Symptomatologie, welche schon aus Duchenne's Beschreibung, sowie aus den Mittheilungen Duménil's, Trousseau's, Wachsmuth's, Huber's, Benedikt's, Rosenthal's, Ziemsen's, Stein's in neuerer Zeit von Eulenburg und Andern bekannt ist, wird von L. eingehend und auf Grund eigener Beobachtungen erörtert. Das Verhältniss der Bulbärparalyse zur Muskelatrophie würdigt L. in der Weise, dass er die Fälle, in denen diese Combination beobachtet wird, als eine Modification der Glossopharyngolabialparalyse betrachtet und zwischen diesen und der gewöhnlichen progressiven Muskelatrophie, über deren Wesen die Ansichten auch noch variiren, eine nahe Verwandtschaft annimmt, indem in beiden Krankheitsformen Erkrankungen des Cervicaltheiles des Rückenmarkes häufig gefunden werden. — Es ist daher nach L. eine Verwandtschaft einiger Formen von progressiver Muskelatrophie mit der Bulbärparalyse äusserst wahrscheinlich und ist für eine Reihe von Fällen progressiver Muskelatrophie fettige Entartung der vorderen Spinalwurzeln, für andere Fälle Myelitis der Cervicalportion erwiesen.

Die Bezeichnung Bulbärparalyse, welche Wachsmuth vorgeschlagen hat, acceptirt L., obwohl er sie auch nicht ganz passend findet, doch müsse man sie eine progressive nennen, da sich der Process und die Symptome keineswegs auf die Medulla obl. beschränken.

Die Behandlung dieser Krankheit besteht nach den Erfahrungen L.'s hauptsächlich in der Anwendung des constanten Stromes auf die Medulla obl. und den Sympathicus, wie sie schon namentlich von Benedikt empfohlen worden ist.

Auch die locale Galvanisation und Faradisation der atrophischen Muskeln (Lippen, Zunge, Arm) ist nicht ausser Acht zu lassen.

Leidesdorf.

Fall von Glossopharyngolabialparalyse ohne bulbäre Sklerose.

Von August Voisin.

(Annales medico-psychol. Janv. 1871.)

Die Kranke, 77 Jahre alt, wurde den 16. März 1868 auf der Abtheilung Dr. Voisin's aufgenommen.

Drei Wochen vor der Aufnahme, Verlust der Sprache, welche aber allmälig wiederkehrte, so dass nach einem Monate die Kranke mit Ausnahme der Eigennamen, die sie vergessen zu haben schien, wieder sprechen konnte. — Nach dreimonatlichem Aufenthalte auf der Abtheilung, trat plötzlich, ohne Verlust des Bewusstseins, nach einer heftigen Gemüthsbewegung wieder totale Sprachlosigkeit, ebenso wie die Unfähigkeit zu pfeifen und die Zunge zu heben auf. Das Kauen und Schlingen fester Substanzen war unmöglich; der Speichel floss aus dem Munde, das Zäpfchen war unbeweglich, das Einathmen lärmend, das Athmen überhaupt erschwert. Geschmack und Sehvermögen erloschen. Die Glottis wurde leider nicht untersucht.

Die Geisteskräfte so wie die Bewegungsfähigkeit der Extremitäten erhalten. Die Kranke musste mittelst der Schlundsonde genährt werden. Sie starb drei Monate nach dem letzten Anfalle plötzlich.

Bei der Leichenöffnung fand man: Einen kleinen, gelbgefärbten alten Erweichungsherd an der äussersten Partie des linken Linsenkerns, der sich zu einem sehr geringen Theile in die linke Insel fortsetzte, woraus V. die Amnesie erklärt.

An der oberen und unteren Fläche der beiden Kleinhirnhemisphären, gerade unterhalb jedes Bindearmes, sah man zwei Geschwülste, welche sich als Epitheliome der Arachnoidea darstellten. Die linke Geschwulst von der Grösse einer Wallnuss, erstreckte sich bis zum verlängerten Mark in der Weise, dass der Acusticus, facialis, hypoglossus, accessorius und Glossopharyngeus comprimirt wurde. Diese Nerven waren um die Hälfte schmächtiger als die der rechten Seite. Der Facialis war erweicht.

Die rechtseitige Geschwulst war von kleinerem Umfange und erreichte das verlängerte Mark nicht.

Die Nerven zeigten sich normal, mit Ausnahme des verschmälerten Hypoglossus. — Weder Medulla obl. noch Brücke waren sklerotisch.

Die mikroskopische Untersuchung scheint nicht vorgenommen worden zu sein, daher auch über die Ausdehnung der Atrophie der Nerven und Nervenwurzeln, über die Beschaffenheit der entsprechen-

den Nervenkerne, endlich der einzelnen Faserzüge des verlängerten Markes und des Rückenmarkes nichts entnommen werden konnte.

Die interessante Arbeit Leyden's zeigt, dass nebst den betreffenden Hirnnerven man in grösserer oder geringerer Ausdehnung Fettkörnchen, Conglomerate in den motorischen Partien der Medulla obl. und im Rückenmarke findet, und dass sich daselbst dieselben Abschnitte am meisten afficirt zeigen, welche auch bei der absteigenden secundären Degeneration Türk's befallen werden, nämlich die hinteren Seiten- und die inneren Vorderstränge.

Leidesdorf.

Die Hebephrenie.

Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie von Dr. Ewald Hecker in Görlitz.

(Virchow's Archiv, Bd. LII, 3. Heft.)

Es soll diese Arbeit eigentlich nur ein weiterer Bestätigungsversuch des schon von Kahlbaum hervorgehobenen Umstandes sein, dass der bald nach Beginn einer Psychose zu Tage tretende geistige Verfall nicht nur der paralytischen Geisteskrankheit, sondern auch einer anderen Krankheitsform zukommt, die mit der Paralyse im Uebrigen nicht viel Gemeinsames hat; es ist dies die Hebephrenie, eine Form von Geistesstörung, die ebenfalls wechselnde Zustandsformen zeigt und im Anschlusse an die Jahre der Pubertät auftretend, mit dem in dieser Zeit vor sich gehenden grossen Umschwung der körperlichen und geistigen Entwicklung in engem Zusammenhange steht.

Verf. hebt vor Allem hervor, dass in den Pubertätsjahren allerdings fast alle psychischen Krankheitsformen vorkommen, ohne sich von denselben Krankheitsformen der anderen Altersstufen zu unterscheiden. Von allen diesen aber ist die Hebephrenie durch eine ganz eigene Verlaufsart und eine Reihe besonderer Symptome charakterisirt. Unter 500 in einem Zeitraume von vier Jahren beobachteten Kranken kamen ihm 14 Fälle von Hebephrenie vor. Sie werden bei oberflächlicher Beobachtung unter die sogenannten blödsinnigen rubricirt, was wohl auch hauptsächlich seinen Grund darin hat, dass bei dem rapiden geistigen Verfall dieser Krankheitsform man diese Kranken fast ausnahmslos erst in einem späteren Stadium, gleichsam schon als psychische Krüppel zu Gesicht bekommt.

Die Hebephrenie ist eine Krankheit, die stets im Anschluss an die Entwicklung der Pubertät zum Ausbruch kommt und zeigt ihre hauptsächliche Wirksamkeit darin, dass sie ihre zerstörende Hand an

die noch kaum gesicherte, im Werden begriffene Form des psychischen Inhaltes und Gehaltes des jugendlichen Individuums anlegt. Dabei geht von diesem Inhalte der edelste Theil verloren. Der Krankheitsprocess setzt der geistigen Weiterentwicklung eine Grenze und bringt eine eigenthümliche Form des Schwachsinns hervor.

Die Krankheit beginnt zumeist mit den Symptomen der Melancholie, wobei sich aber sehr bald eine grosse Oberflächlichkeit der Empfindung zeigt. Neben der Sucht über sein Elend, Unglück u. s. w. zu lamentiren, kann der Kranke oft einen Trieb zum Lachen nicht unterdrücken und schon frühzeitig tritt mit der traurigen eine mehr heitere Stimmung in Contrast. Es zeigt sich ein zweckloses, albernes Handeln, Hang zum Herumstreifen. Die Kranken kommen wegen der eigenthümlichen Art ihres Schwachsinnes oft in Gefahr für Simulanten gehalten zu werden, wesshalb H. diese Form der Erkrankung als wichtig für die forensische Psychiatrie betrachtet. Bestimmte Wahnideen treten nur selten, hingegen gewöhnlich allerlei bizarre, häufig wechselnde Einfälle auf; der Inhalt ihrer Reden schliesst sich den objectiven Verhältnissen an, zeigt aber eine kindische Auffassung derselben. Vor Allem ist eine eigenthümliche Abweichung von der logischen Satzbildung auffällig und die Unfähigkeit einen Gedanken in einer knappen Form abzuschliessen. Es ist die Rede- und Schreibweise von den andern Schwachsinnigen wesentlich dadurch unterschieden, dass sich erhebliche Lücken im Zusammenhang und Gedankengang nicht (oder nur ausnahmsweise) wahrnehmen lassen; der Kranke bleibt an einem aufgenommenen Gesprächthema, an gewissen Redewendungen hartnäckig haften oder ergeht sich in Ueberschwenglichkeiten der Diction in einem Ueberströmen von hohlen, geschraubten Phrasen. Tiefe Grade des Blödsinns werden bei diesen Kranken selten beobachtet; sie zeichnen sich eben durch ein langes Verharren auf einer gewissen mittleren Stufe des geistigen Verfalles aus.

Intercurrente Aufregungszustände stellen sich ab und zu ein.

Die vor Allem wesentlichen Merkmale der Hebephrenie sind nach H.: Ihr Ausbruch im Anschlusse an die Pubertät, das successive wechselnde Auftreten vorzugsweise von Melancholie, zuweilen von Manie, ihr enorm schneller Ausgang in einen psychischen Schwächezustand, und die eigenthümliche Form dieses Terminalblödsinns, dessen Anzeichen schon in den ersten Stadien der Krankheit sich erkennen lassen. Die Prognose ist ungünstig.

Durch die ausführliche Mittheilung von sieben Krankenbeobachtungen sucht H. die der Hebephrenie zukommenden Charaktere praktisch zu erhärten.

Obersteiner.

Mittheilung über einen Fall von enormer Atrophie der Rippen eines Geisteskranken.

Von Professor Ludwig Meyer in Göttingen.

(Virchow's Archiv Bd. LII, 3. Heft.)

Dieser Fall betrifft eine 55jährige, secundär schwachsinnige Frau, welche an einer Niereneiterung in der Göttinger Irrenanstalt gestorben war.

Bei der Obduction zeigten sich die Rippen sowohl im Höhen-, als im Dickendurchmesser ausserordentlich reducirt, in einzelnen Partien messerklingenartig dünn und schmal. Ein ohne irgend welche besondere Anstrengung angestellter Versuch, die Biegsamkeit und Resistenzfähigkeit zu prüfen, führt sofort zu Frakturen. Die Rippen brechen unter mässigem Fingerdrucke, splittern dabei nicht, sondern stellen gerade Bruchflächen dar. — Eigenthümlich ist, dass der gebrochene Knochen keine Infraktion bildet, sondern sofort, wie der die Fraktur bewirkende Druck nachlässt, wie ein elastischer Stab in seine frühere Lage zurückspringt.

Beträchtliche Stücke der Rippen zeigten ein überraschend leichtes Gewicht. — Die Oberfläche ist stark gestrichelt und sehr gefässreich. — Die compacte Substanz bildet eine papierdünne, durchscheinende Schale, die Spongiosa enthält nur spärliche Bälkchen; ihre Maschen sind mit einer dünnen, schmierigen, bräunlichrothen Flüssigkeit gefüllt.

Die übrigen Knochen waren von dieser Veränderung nicht oder doch nicht in einem entfernt gleichen Grade ergriffen.

Der Körper war wohl genährt.

Einen ätiologischen Zusammenhang glaubt M. vielleicht in der ausserordentlich geringen Respirationsthätigkeit vieler Geisteskranker finden zu können und bemerkt schliesslich ausdrücklich, dass in dem beschriebenen Falle keine Rippe während des Lebens gebrochen war.

Leidesdorf.

Ueber die Wirkung des Bromkaliums und der Cannabis indica bei Geisteskranken.

Von Dr. T. S. Clouston.

(British and foreign medico-chirurgical Review, Jänner 1871.)

Dr. Clouston in Cumberland Asylum kam nach vielen Versuchen mit Opium, Cannabis indica und Bromkalium zu dem Resultate, dass eine Mischung von einer Drachme Bromkalium und einer Drachme Tinct. Cannab. ind. das beste Mittel sei, um maniakalische Aufregung zu beruhigen.

Da das Gewicht der Kranken bei dieser Behandlung nach den ersten sechs Wochen bis zum achten Monate zunimmt, während es bei Opium-Behandlung sich verringert, so sei auch der Einfluss auf die Ernährung nach seiner Methode ein günstiger. Im Ganzen trat Besserung bei 80 Percent der Behandelten, vollkommene, entschiedene Beruhigung aber bei 25 Percent ein.

Dr. H. Obersteiner.

Ueber das Entstehen von Hämorrhagie, Anämie, Oedem und Emphysem der Lungen bei Verletzungen der basalen Hirntheile.

Von Brown Séquard.

(Lancet I. 1871. Nr. 1.)

B. S. hat bei Meerschweinchen und Katzen nach Verletzungen der Brücke, dem Hirnschenkel und Bindearme des Kleinhirns fast beständig Ecchymosen im Lungenparenchym oder Blutungen in den Bronchien beobachtet, und die Lungenerkrankung auf den Nerveneinfluss zurückgeführt.

Die Nervenbahnen, welche diesen Einfluss herstellen, laufen im Sympathicus und seinen Rückenmarkswurzeln.

Bei Verletzung nur einer Seite des Pons scheint die entgegengesetzte Lunge besonders ergriffen zu werden.

Ausser den Ecchymosen und Hämorrhagien in der Lunge findet man auch beschränkte Anämie und Emphysem nach Verletzung der basalen Hirntheile.

Nach Verletzung der Medulla obl. häufig Lungenoedem.

Mit dem Ergebnisse dieser Versuche könne man nach B. S. die bei Hirnkrankheiten oftmals auftretenden Lungenaffectionen erklären.

Leidesdorf.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

am 29. April 1871 um 6 Uhr Abends.

I. Dr. Flechner: „Gutachten über einen Fall transitorischer Verwirrtheit bezüglich der Zurechnungsfähigkeit. Als Gegenstand einer Discussion über analoge Fälle.

II. Prof. Meynert. 1. Fall von Paralysis agitans bei einem Geisteskranken.

III. Discussion über gefährliche Irre.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

26. Mai 1871. Nr. 5.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

H. Beer, M. Leidesdorf und **Th. Meynert.**

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Sitzungebericht vom 29. April 1871. — Dr. Flechner. Ein Fall von transitorischer Verwirrtheit. — Prof. Bernstein. Untersuchungen über den Erregungsvorgang im Nerven- und Muskelsysteme. — Dr. Keyes. Ueber Syphilis des Nervensystems. — Dr. Golgi. Die Erkrankungen der Hirnlymphgefässe. — Dr. Obersteiner. Zur pathologischen Anatomie der paralytischen Geisteskrankheit. — Prof. Gudden. Experimentelle Untersuchungen über das peripherische und centrale Nervensystem. — Programm der Vereinssitzung.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 29. April 1871.

Vorsitzender: Präsident Director Spurzheim.

Der Vorsitzende macht die Mittheilung, dass der Verwaltungsrath in seiner letzten Sitzung vom 13. April beschlossen habe, dem Vereine von der Einberufung einer Plenarversammlung im Monat Mai, zu welcher die nicht in Wien domicilirenden Fachgenossen hätten eingeladen werden sollen, abzurathen, und dieses Project auf eine Zeit zu verschieben, zu welcher Wien von weiteren Kreisen fremder Aerzte besucht sein wird.

Der Vorschlag wird einstimmig angenommen.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Flechner hält folgenden Vortrag „Ueber einen Fall von transitorischer Verwirrtheit“.

Transitorische Verwirrtheit.

Mitgetheilt von Dr. Flechner, k. k. Landesgerichtsarzt.

Ein derartiger Fall wurde im März 1870 mir, gemeinschaftlich mit meinem geehrten Herrn Collegen Dr. Haller, von Seite des k. k. Landesgerichtes zur gerichtsärztlichen Untersuchnng und Begutachtung bezüglich auf Zurechnungsfähigkeit übergeben, der sowohl durch den zu Grunde liegenden pathologischen Zustand, als auch durch den Umstand, dass dem Inquisiten alle Erinnerung an die während der Verwirrtheit gemachten Aeusserungen und vollzogenen Handlungen geschwunden war, sein Begleiter auch in diesen und in seinem Benehmen keinen Anlass fand, ihn für geisteskrank zu halten, sowohl in forensischer als pathologischer Beziehung beachtenswerth erscheint.

Ein Schustergeselle von 28 Jahren, in seinem Fache geschickt und fleissig und von gutem Leumund, unterhielt sich an einem Feiertage im Dec. 1869 in Gesellschaft seines Bruders und zweier Cameraden mit Kartenspiel und trank schwarzen Caffee, und als er hierauf mit einem der Cameraden sich allein auf der Gasse befand, forderte er diesen unter dem Siegel der strengsten Verschwiegenheit auf, mit ihm gemeinschaftlich den Inhaber eines Incasso-Geschäftes an einem noch zu bestimmenden Abend in seinem Gewölbe zu ermorden und dann mit dem Raube von Schmuck und Geld im beiläufigen Werthe von 4000 fl. sich nach Ungarn zu flüchten. Der Inquisit hatte in diesem Incasso-Geschäfte vor einiger Zeit eine Uhr versetzt und kannte die Localität, führte auch seinen Cameraden an jenem Abend dahin, machte ihn auf die Ausgangsthüre in den Hof aufmerksam, durch welche nach vollzogener That die Flucht ergriffen würde, äusserte auch, der Mord sei mittelst eines Schusterraspels mit nachheriger Benützung eines Messers zu vollziehen. Beim Abschied erklärte er dem Cameraden, er werde ihn an einem bestimmten Abend abholen, um dann die That auszuführen. Der Camerad machte am folgenden Morgen sowohl beim k. k. Polizei-Bezirks-Commissariat als auch bei dem Inhaber des Incasso-Geschäftes eine Anzeige, indem er die Wahrheit derselben mit einem Eide zu bekräftigen sich bereit erklärte.

Bei den hierauf vorgenommenen Verhören des Inquisiten sowohl beim k. k. Pol.-Bez.-Comm., als auch beim k. k. Landesgericht in Wien erklärte der Inquisit, dass er von einer derartigen Aufforderung zum Raubmorde nichts wisse, er sei ganz unbescholten, befinde sich seit 1860 unbeanständet in Wien. Früher befragt, ob er den Grund seiner Verhaftung wisse, erklärte er, dass er sich keiner strafbaren Handlung bewusst sei, ausser etwa, dass er von einem Schustermeister in Pressburg einen Betrag von 60 fl. erhalten als Vorschuss gegen das Versprechen, zu ihm in Arbeit zu gehen, und dass er bisher dieses Versprechen nicht gehalten.

Zwei Brüder, dann eine Schwester und die Taufpathin des Inquisiten gaben bei deren gerichtlichen Vernehmungen an, dass derselbe in seinen Knabenjahren von einem aufgeregten Ochsen angefallen, hin und her geworfen, gestossen und getreten worden sei, hierauf durch einige Jahre an Epilepsie gelitten, zeitweilig auch Erscheinungen von Wahnsinn gezeigt habe. In der Folge hörte wohl die Epilepsie auf, aber die Angehörigen beobachteten seither, dass er öfters Anfälle habe, wo er verrücktes Zeug spreche.

Der Schustermeister, bei welchem der Untersuchte gegenwärtig hier in Wien in Arbeit steht und wohnt, gab beim hies. k. k. Landesgericht zu Protokoll, dass derselbe stets brav und fleissig sei und man ihm nicht das Geringste übel nachsagen könne; wohl habe er zuweilen dummes Zeug gesprochen, doch nicht in der Art, dass man ihn für verrückt halten konnte; öfters habe er über Kopfschmerz geklagt und am Tage vor seiner Verhaftung sei er in Folge von Kopfschmerz den ganzen Tag im Bette gelegen. Der Meister hält ihn für einen sehr guten Menschen. Auch von Seite des Gemeindevorstandes des Heimatsortes des Inquisiten wurde ihm ein sehr befriedigendes Sittenzeugniss ausgestellt.

Bei der mit ihm vorgenommenen ersten gerichtsärztlichen Besprechung gab derselbe ganz concinne Antworten, insbesondere über seine bisherigen Gesundheitsverhältnisse; er erinnert sich, dass ihn als Knaben von 5—6 Jahren ein wild gewordener Ochs auf die Hörner nahm und warf, er erschrak, wurde bewusstlos und blieb 14 Tage schwer krank; ob die sich darauf einstellende Krankheit Epilepsie war, und wie lange er daran gelitten, weiss er nicht bestimmt anzugeben, aber seither leidet er öfters an Kopfschmerz an der Stirne und im Hinterhaupte, der alle 3—4 Wochen sich einstellt und bald nur einige Stunden, bald einen halben, bald auch ganze Tage dauert und mit Hitze verbunden ist. Es kommt ihm da vielmal vor, dass er sich gar nicht ausfindet und wie in einem Traume zu sein glaubt; dieser Zustand dauert manchmal eine halbe oder eine ganze Stunde. Im Jahre 1866 lag er 14 Wochen an Typhus im k. k. allg. Krankenhause und seitdem sind diese Kopfschmerzen häufiger als früher. In Ungarn litt er wiederholt einmal durch ein ganzes Jahr an Wechselfieber, und im J. 1864 war er wegen eines Magenleidens und einer Geschwulst in der Leiste 9 Wochen im Spitale. Zuweilen befällt ihn Krampf in den Fingern (Schusterkrampf) oder in den Zehen, doch nur vorübergehend. Er erklärt ferner, auf Befragen, dass er nur mässigen geschlechtlichen Umgang mit Frauenzimmern habe, Wein nicht viel vertrage, doch zuweilen in guter Gesellschaft einen Rausch gehabt habe.

Als seine Inhaftirung zur Sprache kam, äussert er, er habe erst vom Herrn Rath den Grund davon gehört, dass nämlich Jemand die Anzeige gemacht, dass er Jemanden ermorden wolle, aber man möge mit ihm thun, was man wolle, er wisse davon gar nichts. Auf-

gefordert, genau zu schildern, was er am 26. December 1869 gethan habe, erzählt er, er habe zu Mittag 1 Seitel Wein, dann in einem Gasthause noch ein halbes und beim Besuche eines Cameraden noch etwa $^1/_2$ bis 1 Seitel getrunken, und weil ihm etwas übel geworden, nahm er um 3 kr. einen Kronawetter-Schnaps. Hierauf ging er mit seinem Bruder und drei Cameraden in ein Caffeehaus, wo er etwas Karten spielte und dabei einen schwarzen Caffee trank. Gegen halb 6 Uhr wurde das Caffeehaus verlassen, er begleitete noch eine Strecke einen Cameraden, dann trennten sie sich; ihm war da etwas übel, daher ging er noch in ein Caffeehaus, liess sich einen schwarzen Caffee geben und blieb da noch etwa 2 Stunden; dann ging er in seine Wohnung, legte sich nieder, konnte aber die ganze Nacht nicht schlafen. In der Früh gab ihm seine Meisterin einen Bitterthee, machte ihm Umschläge aus Brod und Essig auf den Kopf und er nahm ein Brausepulver; er blieb bis halb 5 Uhr liegen, da war ihm besser und die folgende Nacht schlief er etwas; am 28. begann er, wiewohl noch mit etwas Kopfschmerz, zu arbeiten, hatte aber keinen Appetit. — Am Schlusse unserer Besprechung war sein Kopf warm und er gab auch etwas Schmerz in der Stirn- und Hinterhauptgegend an, sein Puls war über 100 Schläge in der Minute, die Pupillen contrahirt und wenig auf Licht und Schatten reagirend; an der ausgestreckten Hand ist ein mässiges Zittern vorhanden.

Eine Woche später wurde der Inquisit einer abermaligen gerichtsärztlichen Untersuchung unterzogen. Er erinnert sich vor 8 Tagen mit uns gesprochen zu haben, und um sein seitheriges Befinden befragt, gibt er dieses als schlecht an, weil er eingesperrt sei und nicht wisse warum; in sichtlicher Erregung fügt er bei, ein Gauner habe über ihn eine falsche Anzeige gemacht; der solle nur herkommen, es ihm in's Gesicht sagen und es beschwören, er möchte einmal ein Ende, er sei um seine Ehre gebracht, könne nicht mehr zu den Seinigen, er sei unglücklich und möchte sich lieber erhängen. Es gelingt indess, ihn durch Zureden zu beruhigen und über Aufforderung erzählt er dann etwas weitschweifig aber in gutem Zusammenhange die Angelegenheit mit dem erhaltenen Vorschuss von 60 fl., den er von einem Meister in P. gegen das Versprechen, zu ihm in Arbeit zu kommen, erhalten, welches Versprechen er jedoch nicht gehalten, da theils sein Bruder, theils andere Bekannte ihn gegen diesen Meister stimmten; er schliesst mit der Versicherung, dass er die 60 fl. als Schuld betrachte, die er gewiss abtragen werde. Ueber seine periodischen Kopfschmerzen stimmen seine Aussagen mit den früheren überein, er fügt bei, dass er manchmal zeitweilig nichts von sich wisse, besonders, wenn er etwas getrunken; manchmal sei er mit diesem Kopfschmerz von der Arbeit weggegangen, an Tagen, wo er es nicht sollte, da begegnete ihm einmal ein Camerad und fragte ihn, was er thue, worauf er erwiederte, er wisse nicht was er thue, auch nicht, wo er sei und was er anfangen solle, vor lauter Kopfschmerz. Er gesteht ferner, dass er oft vergessen, was ihm aufgetragen, was ihm

wiederholt erzählt, oder aus der Zeitung vorgelesen wurde, doch wisse er nicht, dass er etwas gesagt, worauf er sich später nicht mehr zu erinnern wusste. Als er gefragt wurde, wie er sich jene Anzeige, die seine Verhaftung und Untersuchung veranlasste, erkläre, wird er neuerdings aufgeregt und erklärt, dass nur ein Lump, ein schlechter Kerl die falsche Anzeige machen konnte, ihm könne Niemand etwas in seinem ganzen Leben nachsagen; es steigert sich seine Verstimmung und Aufregung bis zu Aeusserungen von Lebensüberdruss und Selbstmordgedanken, und nur mit Mühe gelingt es, ihn wieder zu calmiren. Er zeigt sich am Schlusse der Besprechung congestionirt, auch die Herzaction ist verstärkt und der Puls beschleunigt. Man findet überdiess das Volumen des Herzens vergrössert, auch sind Milz und Leber — in Folge früherer Wechselfieber — von grösserem Umfange.

Unser Schlussgutachten hob zuerst den Umstand hervor, dass der Inquisit als Knabe in Folge von Schreck, Erschütterung und Beschädigung an Epilepsie mit zeitweiser Verwirrtheit gelitten, und wenngleich in den letzten Jahren keine epileptischen Paroxysmen zur Entwicklung kamen, so stellten sich doch seither und auch gegenwärtig statt dieser bei demselben bald in kürzeren, bald in längeren Intervallen Kopfschmerzen ein in Begleitung von verwirrten Reden, welche Anfälle besonders durch Genuss geistiger Getränke an Dauer und an Heftigkeit gesteigert wurden. Auch die bei dem Inquisiten gefundene und durch frühere wiederholte und hartnäckige Wechselfieber bedingte Vergrösserung der Leber und Milz, so wie die theilweise Hypertrophie des Herzens begünstigen ohne Zweifel die Wiederkehr der hier angegebenen Anfälle, welche überdiess seit dem im Jahre 1866 überstandenen Typhus zugenommen haben. Die Gegenwart periodischer Verwirrtheit unter Begleitung congestiver Kopfschmerzen ist demnach in diesem Falle vollkommen motivirt und ausser Zweifel gestellt. — Durch die gerichtsärztliche Untersuchung und Besprechung, namentlich auch durch die Aussage des Arbeitsgebers des Inquisiten gelangte man zu der Einsicht, dass derselbe gerade an dem Tage, an dem er des Verbrechens der Verführung zum Raubmorde beschuldigt wird, einen solchen Anfall von congestivem Kopfschmerz mit Verwirrtheit gehabt, der unbezweifelt durch den Genuss von circa $2^1/_2$ Seitel Wein und Kartenspiel in der Art gesteigert wurde, dass er noch am folgenden Tage unter der Anwendung von kühlenden Umschlägen das Bett hüten musste, daher die Annahme vollkommen gerechtfertigt erscheint, dass dieser Anfall auch die schon häufig beim Inquisiten beobachtete Verwirrtheit begleitet habe. Nach psychiatrischen Grundsätzen sahen sich daher die Gerichtsärzte zu der Erklärung bestimmt, dass der Inquisit zur Zeit der ihm zur Last gelegten versuchten Verleitung zum Raubmorde mit Verwirrtheit (Wahnsinn) behaftet, und bezüglich auf diese Handlung als nicht zurechnungsfähig zu betrachten sei.

Diesem Gutachten entsprechend wurde vom hies. k. k. Landesgerichte der Inquisit aus der Untersuchungshaft entlassen.

Nach unserer Anschauung zeigt der hier geschilderte Fall transitorischer Verwirrtheit eine Analogie mit dem Zustande, der öfters vor und nach epileptischen Paroxysmen zur Beobachtung kommt.

An der Discussion, welche sich über vorliegendes Gutachten entspann, betheiligten sich die Herren Leidesdorf, Beer und Witlacil, deren von verschiedenen Standpunkten motivirte Anschauung dahin ging, dass der Inquisit durch die in seinem Knabenalter und wahrscheinlich auch später noch vorhandene Epilepsie eine krankhafte Vulnerabilität des Sensoriums zu besitzen scheint, in Folge deren er alkoholische Getränke selbst in verhältnissmässig geringen Quantitäten, nicht ohne Auftreten transitorischer psychischer Störungen, vertrage, und dass die Aufforderung zu einer verbrecherischen Handlung eben unter dem Einflusse dieser Störung erflossen, späterhin die Erinnerung an seine delirienartigen Zustände vollständig geschwunden und Inquisit daher auch als unzurechnungsfähig, bezüglich der incriminirten Handlung zu betrachten sei.

Die Discussion „über gefährliche Geisteskranke" konnte wegen vorgerückter Stunde nicht mehr begonnen und musste auf die nächste Sitzung vertagt werden.

Untersuchungen über den Erregungsvorgang im Nerven- und Muskelsysteme.

Von Prof. J. Bernstein. Heidelberg. Winter's Universitätsbuchhandlung. 1871.

Wir wollen nur die Schlussfolgerungen, zu denen der Autor dieser höchst mühevollen und interessanten Untersuchungen gelangt ist in Kürze mittheilen und verweisen für genauere Einsicht in dieselben auf das Werk selbst.

Von der Erregbarkeit der Nervenfaser ausgehend zergliedert der Verfasser den Process der Erregungsvorgänge in der Nerven- und in der Muskelfaser mit Hilfe der negativen Schwankung (welche bekanntlich darin besteht, dass bei der Reizung, welcher diese Organe unterworfen werden, der abgeleitete Nerven- oder Muskelstrom eine Verminderung erleidet, welche man negative Schwankung nennt) und

kommt zu dem für beide Organe übereinstimmenden Resultate, dass die Erregung in wellenartiger Form, Reizwelle genannt, sich in ihnen fortpflanze, eine Welle, welche in der Nervenfaser eine Länge von 18 Mm. eine Dauer von 0·00065′ im Mittel besitzt und in einer Sekunde 28 Meter zurücklegt und die in der Muskelfaser bei ungefähr 10 Mm. Länge eine Dauer von 0·004″ und eine Geschwindigkeit von 3 bis 4 Meter in der Sekunde zeigt.

Die Reizwelle im Muskel und Nerven zeigt aber nicht nur in Bezug auf die absoluten Werthe von Länge, Dauer und Geschwindigkeit Verschiedenheiten, sondern auch in Bezug auf ihr Verhalten bei der Fortpflanzung.

Es ist nach dem Verf. von grosser principieller Bedeutung für den Vorgang der Erregung in beiden Organen, dass die Reizwelle der Nervenfaser auf dem Wege ihrer Fortpflanzung in ihrer Grösse sich nicht wesentlich ändert und somit dieselbe Intensität beibehält, während die Reizwelle in der Muskelfaser mit der Entfernung von der gereizten Stelle aus stetig an Höhe abnimmt. — Indem Verf. die Reizwelle als das Zeichen einer im Inneren der Faser stattfindenden molecularen Bewegung betrachtet, setzt er die lebendige Kraft dieser Bewegung der Intensität der Erregung gleich. In der Nervenfaser besteht die Erregung nur aus einer molecularen Bewegung, es findet in ihr keine Umwandlung von molecularer Bewegung in Massenbewegung statt, aus diesem Grunde verliert die Reizwelle, so lange sie sich in ihr bewegt, Nichts von ihrer ursprünglichen lebendigen Kraft.

In der Muskelfaser dagegen bleibt die ursprünglich erzeugte moleculare Bewegung der Reizwelle nicht als solche bestehen, es erscheint in ihr Massenbewegung und Wärme, aus der die Arbeit des Muskels zusammengesetzt ist. Die Quelle dieser Arbeit ist die lebendige Kraft der Reizwelle, aus welcher die Muskelfaser die unserem Auge sichtbare Thätigkeit schöpft. Aus diesem Grunde nimmt die Höhe der Reizwelle mit der Fortpflanzung in der Muskelfaser ab, und der Verlust, den die Reizwelle an lebendiger Kraft erleidet, verwandelt sich in diejenige Arbeit, welche die Muskelfaser leistet.

Gemeinsam ist der Nerven- und Muskelfaser das Gesetz der Erregung. Für den Muskel lässt es sich experimentell nachweisen, dass die Intensität der Erregung eine Function der Reizwelle ist, und dass die Erregung von der Geschwindigkeit abhängig ist, mit der die Reizwelle ihre Höhe ändert.

Hiebei macht Verf. auf die Aehnlichkeit aufmerksam, welche zwischen dem von du Bois-Reymond aufgestellten Gesetze der Erregung durch den elektrischen Strom und dem eben besprochenen Gesetze besteht. Weiterhin wendet Verf. seine Aufmerksamkeit dem Erregungsvorgange in den Nervencentren zu, denen durch sensible Bahnen Erregungen zugeleitet werden und von denen durch motorische Bahnen Erregungen ausgehen. — Für die empfindenden

Centren kommt er zu der Annahme, dass sie der Fortleitung der Erregung einen Widerstand entgegensetzen, so dass die in einem centralen Element anlangende Erregung sich auf die benachbarten centralen Elemente so weit ausbreitet, bis die Erregung die Grenze des Schwellenwerthes erreicht hat. Da die Erregung innerbalb einer Nervenfaser Nichts an lebendiger Kraft verliert, so geht daraus hervor, dass dieselbe in ihr keinen Widerstand findet; anders müssen sich die Centren verhalten. Den Ganglienzellen vindicirt Verf. die Eigenschaft, die lebendige Kraft der Reizwelle zu vernichten, und sieht in dieser Eigenschaft das Wesen der Empfindung; denn würde die Erregung die Ganglienzelle passiren, ohne an Intensität einzubüssen, so würde auch keine Empfindung zu Stande kommen. — Daher schätzen wir auch die Grösse einer Empfindung nach der Anzahl der Ganglienzellen ab, deren Zusammenwirken nothwendig war, um die lebendige Kraft einer Erregung zu vernichten. Hieraus erklärt Verf. die Irradiation, und indem er den Widerstand in den centralen Elementen der Intensität der Erregung selbst proportional setzt, gelangt er zu einer theoretischen Ableitung des psychophysischen Gesetzes, welches schon Fechner aufgestellt, Verf. aber näher präcisirt hat, und welches lautet: „Die Grösse der Empfindung ist proportional der durch den Schwellenwerth dividirten Erregung". Diese Formel unterscheidet sich von der Fechner'schen dadurch, dass bei ihrer Construirung auch der specifische Widerstand der centralen Elemente, welche von der Erregung durchströmt werden, in Rechnung gezogen wurde.

Es schien diese Correctur der Formel Fechner's schon desshalb geboten, weil zwei Individuen auf ein und denselben Reiz dem Grade nach sehr verschieden reagiren können, und auch bei demselben Individuum durch krankhafte Disposition eine ungewöhnliche Beantwortung des Reizes erfolgen kann, welche Erscheinungen Verf. durch den specifischen Widerstand der centralen Elemente erklärt.

Auf Grund der vom Verf. aufgestellten Theorie gelangt er auch zu einer Erklärung für die Empfindungskreise der Haut.

Zwei benachbarte Punkte der Haut, welche gereizt werden, erscheinen als ein einziger Punkt, sobald die beiden Ausbreitungen der Erregung im Centrum bis zu einer gewissen Grenze übereinander fallen, die er mathematisch bestimmt. Ist dieser Fall eingetreten, so addiren sich die Erregungen in der Weise, dass in der Mitte zwischen den gereizten Punkten ein Maximum der Erregung entsteht, in welches der Punkt der Reizung verlegt wird.

Daraus erklärt sich, dass die Verschmelzung beider Reize in Einen constant bleiben muss, wenn man die drückenden Zirkelspitzen innerhalb einer gleichbeschaffenen Hautstelle bei constantem Abstande verschiebt. Ausserdem thut Verf. dar, dass die Stärke des Druckes

keinen Einfluss auf die Grösse des Empfindungskreises habe. Er gibt seiner Theorie eine Bestätigung durch den Versuch. Bei einer einfachen Reizung besitzt die Erregung in dem centralen Punkte, in welchem sie anlangt, ein Maximum und wir localisiren den Ort der Reizung in diesem Maximum.

Sind aber zwei gereizte Punkte so nahe, dass ihre Erregungen im Centrum zum Theil übereinander fallen, aber doch gesondert wahrgenommen werden, so entstehen durch Addition der Erregung zwei Maxima, welche einander näher liegen als die gereizten Punkte.

Durch Rechnung lässt sich die Lage dieser Maxima bestimmen, und in der That stimmt diese Berechnung mit den Ergebnissen des Experimentes überein.

Bezüglich der im letzten Abschnitte vorliegenden Werkes dargelegten Versuche über den Erregungsvorgang in den motorischen Nervencentren des Herzens, verweisen wir auf das Original.

Leidesdorf.

Syphilis of the nervous system.

By Dr. E. L. Keyes (New-York) „The Doctor" März 1871.

Dr. Keyes, dessen Arbeit in dem New-York Medical Journal erschienen ist, kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die von Syphilis abhängigen Nervenleiden können schon einige Wochen nach einer syphilitischen Affection oder später zu irgend einer Lebenszeit des Individuums auftreten.
2. Die Ergebnisse der Leichenbefunde machen es wahrscheinlich, dass, je früher Paralysen oder andere Nervenerkrankungen auftreten, desto seltener ist eine materielle Veränderung im Nervensysteme nachweisbar; es gibt ferner in einem gegebenen Falle kein constantes Verhältniss zwischen Natur, Oertlichkeit und Intensität der pathologischen Veränderung und zwischen der Natur und der Heftigkeit der nervösen Symptome, welche der pathologische Process veranlasst.
3. Congestionszustände des Gehirnes sind wahrscheinlich zumeist die pathologische Ursache der ersten syphilitischen Nervensymptome.
4. Die syphilitische Hemiplegie tritt in der Regel ohne Verlust des Bewusstseins auf, selbst wenn der Anfall ein plötzlicher ist; die paralytischen Erscheinungen pflegen sich aber zumeist allmälig zu entwickeln, sie befallen Kranke unter 40 Jahren, es gehen der Paralyse längere Zeit constante, fixe Kopfschmerzen voraus.

5. Die Mydriasis, wenn sie allein oder mit anderen nervösen Symptomen ohne positive Sehstörung auftritt, lässt syphilitische Grundlage vermuthen.
6. Die Lähmung einzelner Muskeln oder einzelner Muskelgruppen ist bei syphilitischer Nervenerkrankung häufig.
7. Die syphilitische Paraplegie entwickelt sich gewöhnlich graduel, oft ohne locale Erscheinungen von Seite des Rückenmarkes; die Lähmung ist selten eine vollständige.

   Die Urinblase ist immer mehr weniger betheiliget und erheischt eine örtliche Behandlung.
8. Die syphilitische Epilepsie tritt nach dem 30. Lebensjahre auf. Ein Anfall besteht aus sich häufig wiederholenden Convulsionen, die Zeit zwischen den einzelnen Anfällen pflegt eine verhältnissmässig lange zu sein.
9. Die auftretende Aphasie ist oft mit psychischen Störungen verbunden.
10. Der Verlust des Gedächtnisses, sowie Geistesstörung sind keine seltenen Erscheinungen bei syphilitischer Hirnerkrankung und können auch ohne paralytische Symptome auftreten.
11. Die Prognose bei syphilitischen Affectionen der Nervencentren ist günstiger als bei gleichen Nervenerkrankungen aus anderer Ursache.

    Doch bleiben oft selbst nach eingetretenem Stillstande der Krankheit unheilbare Functionsstörungen des Nervensystems zurück.
12. Jodkali rasch bis zur Grenze der Toleranz gereicht, ist das wirksamste Mittel zur Bekämpfung syphilitischer Nervenkrankheiten. Quecksilberpräparate abwechsend mit Jodkalium empfehlen sich bei inveterirten Fällen. Tonische Mittel, gute Luft und Nahrung vervollständigen die Cur.

Obersteiner.

Die Erkrankungen der Lymphgefässe des Gehirnes.

Von Dr. Camillo Golgi. Bologna 1870.

(Archiv. italiano per le malattie nervose e per le alienazioni mentali. Maggio 1871.)

Der Autor veröffentlicht in dieser Arbeit das Resultat seiner Untersuchungen über die Lymphgefässe im gesunden und im kranken Zustande.

Im ersten Capitel, nach einer kurzen historischen Darlegung der Entdeckung der Lymphgefässe des Gehirnes und der dabei entstandenen Controversen, entscheidet sich Verfasser gegen die Ansicht von

His und behauptet mit Robin, Kölliker und Bizozzero, dass die Lymphgefässe im Gehirne Kanäle sind, wie sie zuerst von Robin beschrieben wurden, welche von der Adventitia und den Wandungen der Blutgefässe gebildet werden. Das Lumen dieser Kanäle hat Verf. durch mehr als 1000 Messungen zu bestimmen gesucht und dargethan, dass es verschieden ist je nach dem Alter der Individuen, nach den verschiedenen Hirntheilen und nach dem Durchmesser der dieselben durchziehenden Blutgefässe. — Er kommt im Allgemeinen zu folgenden Schlüssen:

1. Bei Kindern sind die perivasculären Lymphräume weiter als bei Erwachsenen.
2. Den grössten Durchmesser haben diese Räume in den Hemisphären, sie verschmächtigen sich gradatim nach abwärts zu, im Streifen-Sehhügel, im Kleinhirne, in der Brücke.
3. Die Weite der perivasculären Lymphräume steht gleichsam im umgekehrten Verhältniss zur Weite der Blutgefässe.
4. Die plötzliche Erweiterung der Hirngefässe (bei acuter Hirnhyperämie) kommt auf Kosten der entsprechenden Lymphräume zu Stande und umgekehrt erzeugt die Verengerung der Blutgefässe (bei Hirnanämie) eine grössere Ausdehnung der Lymphräume.
5. Es kann aber auch eine gleichzeitige Erweiterung der Hirngefässe und der Lymphräume zu Stande kommen. Dies beobachtet man bei Individuen, bei denen es in Folge chronischer Herz- und Lungenkrankheiten, zu Stasen und zu seröser Ausschwitzung kommt. In diesen Fällen müsse man eine Verminderung des Gehirnvolumens annehmen, wodurch die Erweiterung der Kreislaufsbahnen compensirt würde; wie dies bei seniler Hirnatrophie der Fall ist.
6. Das Allgemeine oder partielle Hirnödem verbindet sich immer mit einer Erweiterung der Lymphräume.
7. Bei dem eigenthümlichen pathologischen Hirnbefunde, den Durandfardel état criblé genannt hat, spielen die Lymphräume eine wichtige Rolle (Bizozzero), und es ist wahrscheinlich dass die ausserordentliche Erweiterung der Lymphräume, welche der Gehirnsubstanz ein poröses Ansehen geben, die Folge einer Hirnatrophie seien.
8. Die Wandungen der Lymphgefässe des Gehirnes können verschiedene pathologische Abweichungen zeigen, deren wichtigste folgende sind:

    a) Fettige Degeneration. Diese findet man bei im ersten Lebensjahre verstorbenen Kindern, sie verbreitet sich gewöhnlich in grossen Strecken auf die Gefässe der verschiedenen Hirnbezirke, man sieht sie zwar häufig auch bei Erwachsenen, doch nie in solcher Ausdehnung wie bei Kindern.

b) Verkalkung. Diese ist häufiger bei Erwachsenen und stellt stark, lichtbrechende, flache oder kuglige Heerde dar.

c) Pigmententartung unter Form von zuweilen langen, geschlängelten Streifen, welche durch Pigmentablagerung in den länglichen Zellen des Lymphrohres gebildet sind.

9. Auch der Inhalt der perivasculären Lymphräume des Gehirnes kann pathologisch verändert sein und zwar durch relative Abweichungen in der Quantität oder Qualität der normalen Bestandtheile (Anhäufung von Lymphkörpern, fettige Entartung derselben u. s. w.) oder durch die Gegenwart pathologischer Produkte, wie Eiter, Tuberkel, Elemente von Neubildungen.

10. Die perivasculären Lymphräume können der Weg sein, auf welchem Neubildungen des Gehirnes sich von einem auf den andern Punkt fortpflanzen.

Leidesdorf.

Zur pathologischen Anatomie der paralytischen Geisteskrankheit.

Von Dr. Heinrich Obersteiner in Wien.

(Virchow's Archiv Bd. 52. Heft 4.)

Nach einer Darstellung der heutigen Ansichten über den pathologisch-anatomischen Process der paralyt. Geisteskrankheit und nach Mittheilung von zwei bezüglichen Fällen, von welchen das Gehirn einer sorgfältigen mikroskopischen Untersuchung unterzogen wurde, gelangt Verfasser zu folgenden Ansichten.

Viele von jenen Veränderungen, welche die Beobachter als charakteristisch für den paralytischen Blödsinn anführen, können an solchen Gehirnen Paralytischer, in welchen durch die lange Dauer des Processes Gelegenheit zu einer gründlichen Destruction ihrer Elemente gegeben ist, leicht wiedergefunden werden; nicht aber wenn der Verlauf ein kürzerer, der Process ein noch nicht abgeschlossener ist; der erste der angeführten Fälle ergibt einen Befund, in welchem die meisten der angegebenen Veränderungen fehlen.

Verf. geht nun daran, die Deutung der beschriebenen mikroskopischen Bilder zu versuchen, und trachtet, den Zusammenhang zwischen den einzelnen Erscheinungen herzustellen.

Die zahlreichen Körperchen, welche in den perivasculären Lymphräumen eingelagert sind — im ersten Falle — scheinen wohl dann am richtigsten gedeutet, wenn man sie für Lymphkörperchen erklärt, welche aus den Blutgefässen vorzüglich in jenem Vorstadium der

Dementia paralytica ausgetreten sind, welches symptomatisch durch melancholische Verstimmung oder durch Grössenideen, anatomisch durch Hyperämien der Meningeal- und Gehirngefässe charakterisirt ist; Gebilde, welche sich von Lymphkörperchen nicht unterscheiden und in Lymphräumen angetroffen werden, dürften wohl kaum eine entsprechendere Deutung zulassen. Vielleicht haben diese Ansammlungen von Lymphkörperchen an den Gefässen auch mitunter Veranlassung zur Annahme einer Kernwucherung in den Gefässhäuten gegeben, welcher Process damit keineswegs geläugnet sein soll. — An dieser Stelle thut Verf. der unter normalen Verhältnissen im Gehirne — sowohl zwischen den Nervenfasern des Markes, als auch in der Rinde zerstreut, oder frei in den pericellulären Räumen vorkommenden — Körnchen Erwähnung. Ihr Ursprung wie ihre Bedeutung ist unbekannt, allein die Aehnlichkeit mit Lymphkörperchen, sowie andere in der weiter unten zu erwähnenden Arbeit angeführte Gründe, haben Verf., bei dem Mangel einer besseren Erklärung bewogen, dieselben für Gebilde zu halten, welche mit Lymphkörperchen identisch sind.

Allein bald scheint sich in diesen Organismen der Wandertrieb zu regen, sie treten aus den weiten Lymphwegen in engere Bahnen zwischen den Elementen, die die Umgebung der Gefässe constituiren. Dafür sprechen die zahlreichen gleich gestalteten Körperchen in der nächsten Nähe der Gefässe, besonders diejenigen, welche in den obenbeschriebenen, zu den Gefässen parallelen Reihen angeordnet sind; sie sind offenbar gleichzeitig in die perivasculären Lymphräume gelangt und haben auch bei ihrer weiteren Bewegung innerhalb der Gehirnsubstanz noch gleichen Schritt gehalten. Eine Anzahl dieser Körperchen ist auf ihrer Wanderung auch in die pericellulären Räume gelangt, so dass diese viel constanter als normal solche Lymphkörperchen einschliessen, und dieselben auch in grösserer Anzahl enthalten. — In Bezug auf diese pericellulären Räume hat Verf. (Ueber einige Lymphräume im Gehirne, Sitzungsber. der k. Akad. d. Wissenschaft. in Wien, Bd. LXI. Januarh.) um die Zellen der Gehirnrinde Räume nachgewiesen, welche von den perivasculären Lymphbahnen aus injicirbar sind, und auch in normalen Gehirnen sehr oft freie Körper enthalten, die sich von Lymphkörperchen nicht unterscheiden lassen.

Liegen mehrere solche Körper einer Ganglienzelle an, so können leicht Bilder entstehen, die den Process einer Kerntheilung, wie ihn Tigges (l. c.) beschreibt, vortäuschen werden. Verf. konnte sich von einem solchen Vorgange an den Kernen der Ganglienzellen, welche aus Gehirnen Paralytischer stammen, nicht überzeugen, muss vielmehr nochmals auf die auffallend ausgeprägte Pyramidenform verweisen.

Da dieser Zustand des Gehirns den ödematösen Stellen entspricht, so scheint gleichzeitig mit dem Austreten der weissen Blutkörperchen eine beträchtliche Menge mikroskopisch nicht wahrnehmbaren Serums

in die Gehirnsubstanz ergossen zu werden, welcher Vorgang sich aus dem gesteigerten Blutdrucke, der vorausgegangenen Hyperämie leicht ableiten lässt. — Diesem Stadium der Exsudation mögen jene Perioden entsprechen, in welchen der Kranke die ersten Anzeichen der beginnenden Störung in der Motilitätssphäre an den Tag legt; da dieselben nach Griesinger's Ausspruch zuerst krampfhafter Natur sind, und erst dann Schwäche der Muskeln, Parese, eintritt, so scheint durch das Exsudat vor allem Reizung, hierauf Lähmung der Nervenfasern hervorgebracht zu werden; die Wahnideen können bei einer rapiden Abnahme der Intelligenz entweder fortbestehen oder zurückgedrängt sein. Es kann nämlich nicht befremdend erscheinen, wenn man die Setzung bedeutender Exsudatmengen mit der Behinderung, welche die Elemente des Nervensystems in ihrer Functionirung erfahren, in Zusammenhang bringt und dadurch jenes geistige und körperliche Herabsinken — letzteres natürlich hier nur insoweit betrachtet, als dem Gehirne, und nicht dem Rückenmarke, Einfluss darauf zukommt — zu erklären sucht.

Fragen wir nun nach dem weiteren Schicksale jener in die Gehirnsubstanz eingedrungenen Lymphkörperchen, so bieten sclerosirte Partien den gewünschten Aufschluss.

Nachdem die Lymphkörperchen von dem Vermögen des Ortswechsels Gebrauch gemacht, und dadurch ihre Lebensfähigkeit bewiesen haben, macht sich eine andere ihnen zukommende Eigenschaft geltend, sie organisiren sich, kraft ihrer Fähigkeit der Weiterentwickelung zu höheren Gebilden, zu Bindegewebskörperchen. Sie senden anfangs kurze dann längere Fortsätze ab, diese mehren sich, wachsen fort und fort weiter, geben Seitenzweige ab, und endlich sind jene sternförmigen Körper vorhanden, deren Arme die Normalgebilde des Gehirns allseitig umgreifen. — Ein starrfasriges verfilztes Netz durchsetzt nun ausser dem physiologischen Stützgewebe das Gehirn und zerstört durch Druck Nervenfasern und Zellen; diese schwinden nach und nach in Folge ihrer Ertödtung, und indem sich das neugebildete Bindegewebe an die schrumpfenden Nervenelemente fest anlegt, verkleinert sich das Volumen der Hirnwindung, es ist zur Sclerose mit Atrophie gekommen, welch' letztere wieder durch massenhaften Erguss in die Subarachnoidalräume und durch den nun eintretenden Hydrocephalus internus ausgeglichen wird. Es hat sich so das dritte Stadium des Processes, das der Bindegewebswucherung und Atrophie, ausgebildet, welches, wenn er bis zu bedeutendem Grade gediehen ist, den Kranken durch Marasmus in Folge der mangelnden Ernährung tödtet, nachdem die geistige Impotenz das höchste Maass erreicht hatte.

Es wurde im Vorhergehenden der Hauptwerth für die Erklärung der vom Gehirn abhängigen Krankheitssymptome der paralytischen Geisteskrankheit auf einen, vorzüglich in chronischer Hyperämie begründeten Exsudationsprocess gelegt, dessen zellige Produkte schliesslich die Bindegewebsmetamorphose eingehen, welchen Vorgang Verf.

in seinem ganzen Verlauf zu verfolgen gesucht hat. — Dabei ist noch zu bemerken, dass derselbe einen anderen mit Atrophie endenden Vorgang im Gehirn, den Erlenmeyer (Die Gehirnatrophie der Erwachsenen) schildert und primäre Atrophie benennt, und der als halbphysiologischer Process in der Atrophia senilis sich findet, vollkommen anerkennt: bei diesem ist dann mangelhafte Ernährung des Gehirns in Folge von Gefässveränderungen, nach Wedl's Untersuchungen hauptsächlich Obliteration der Uebergangsgefässe, das Maassgebende.

Eine weitere Stütze seiner Ansicht glaubt Verf. darin zu finden, dass, wie Kjellberg nachgewiesen hat (Upsala läkare förenings förhandlingar 4. B.), syphilitische Individuen besondere Anlage zum paralytischen Blödsinn besitzen, bei solchen Personen ist ja bekanntlich die Neigung zur Bindegewebsentwicklung in den verschiedensten Organen eine ganz auffallende, ferner finden sich in den Gehirnen Syphilitischer die perivasculären Räume meist erweitert und mit Lymphkörperchen vollgepfropft.

In dieser Arbeit hat Verf. nur die Veränderungen berührt, welche das Gehirn paralytisch Blödsinniger betreffen; die pathologischen Verhältnisse des Rückenmarkes in dieser Krankheit, auf welche mit besonderem Nachdruck hingewiesen zu haben, das Verdienst Westphal's ist, liegen ausserhalb der Grenzen dieses Aufsatzes.

Schliesslich stellt Verf. noch kurz die Stadien des paralytischen Blödsinnes mit den ihnen entsprechenden pathologischen Veränderungen zusammen:

Vorstadium der Hyperämie — Grössenwahn.

1. Stadium der Exsudation. Seröses Exsudat und Lymphkörperchen gelangen aus den Gefässen in die perivasculären Räume und in die Hirnsubstanz. — Beginn der paretischen Erscheinungen, soweit sie vom Gehirn abhängen, geistige Schwäche.
2. Stadium der Bindegewebswucherung. Die Lymphkörperchen organisiren sich zu Bindegewebe, die Thätigkeit der Nervenelemente wird immer mehr behindert. Atrophie. — Gänzlicher geistiger Verfall, Ausbreitung der paretischen Erscheinungen, Marasmus.

Dr. Bresslauer.

Experimentelle Untersuchungen über das peripherische und centrale Nervensystem.

Von Prof. Gudden.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten II. Bd. 3. Heft.

Die Experimente Gudden's zielen nicht nur wie andere physiologische Resectionsversuche darauf ab, die augenblicklichen Folgen des

Wegfalls eines Gehirntheiles zu studiren. Indem versucht wird, Thiere mit noch wachsendem Gehirn nach Resection eines Gehirntheiles möglichst lange am Leben zu erhalten, sucht Gudden die Solidarität des Wachsthums zu ergründen, welche auf functionellen Zusammenhang mehrerer Gehirntheile schliessen lässt, und erschliesst darin ein neues Correctiv der Angaben über den anatomischen Zusammenhang. Die zugleich von Weitblick und Gedankenreichthum zeugende Arbeit gewährt hiedurch das Interesse einer neuen experimentell-physiologischen Richtung.

Die befolgte Versuchsmethode bestand darin, ganz junge Thiere (Kaninchen von 1—2 Tagen, Tauben von 12—18 Stunden) zu operiren. Als technische Erleichterungen, die sich dabei ergeben, führt Gudden die geringe Empfindlichkeit, die durch Schnelligkeit der Gerinnung behinderte Blutung und den äusserst prompten Heiltrieb an, der es möglich macht, die Grenzen der Verletzung scharf zu bestimmen.

Bei peripheren Durchschneidungen der Nerven wurde die Wiedervereinigung durch Dislocation und Einheilung des peripheren Stückes in die Hautwunde verhindert.

Bei den Gehirnresectionen wurden die Suturen als Trennungslinien bei der Schädelöffnung und eine derselben als Charnier benützt, um die an drei Seiten getrennten Knochenplatten aufzuklappen dann wieder zu schliessen und einzuheilen. Die Tödtung erfolgte meist nach 7—8 Wochen durch Injection von Blausäure.

Die erste Versuchsreihe betrifft die Geruchsorgane. Gudden lässt ihr eine eingehende und selbstständige Beschreibung der Riechlappen vorangehen, an deren Bulbus er noch einen nach hinten gelegenen Nebenbulbus beschreibt. Er sieht in den Riechlappen ein selbstständiges Sinnescentrum, dessen den Tractus olfactorius bildendes Mark nach den Resultaten der Resection mit dem Marke des Pedunculus olfactorius und der vordern Commissur keine Solidarität zeige. Doch sei es allerdings, wegen Durchtrittes von Markbündeln des Bulbus durch die Rinde des Pedunculus, von dem Marke des letzteren anatomisch nicht streng zu trennen. In der vorderen Commissur findet er keine Kreuzungsfasern zwischen Pedunculus olfactorius und Hemisphäre auf.

Die Resultate der Operationen sind:

1. Künstliche Verwachsung einer Nasenöffnung zieht Zurückbleiben der Entwicklung der Riechnerven, des Bulbus und Tractus olfactorius nach sich, welche sich geweblich in einem quantitativen Zurückbleiben der Elemente ohne qualitative Veränderungen bekundet.

2. Entfernung eines Siebbeinlabyrinthes mit Abschaben der Riechnervenverästelung der Nasenhöhle zieht dasselbe Resultat in erhöhtem Grade und

3. Entfernung eines Bulbus olfactorius zieht es in noch höherem Grade nach sich. Der Bulbus der andern Seite zeigte bei

jedem dieser Versuche eine compensatorische Hypertrophie, welche Gudden nicht nur durch eine, wegen Verschiebung der Gehirntheile in der leerer gewordenen Schädelhöhle immerhin unsichere Messung, sondern nach dem Kriterium der Verdünnung der Schädelwand über dem hypertrophischen Gehirntheil beurtheilt, während über dem atrophischen die entsprechende Verdickung derselben sich herausbildet, welche beiden Verhältnisse im 1. und 2. Experimente rein hervortreten. Hypertrophie beider Bulbi olfactorii wurde durch Fortnahme beider Augen, mit Verschliessung der äussern Gehörgänge erzielt, entsprechend der compensatorischen vorwiegenden Ausbildung des Geruchsinnes. (7. Versuch.)

Bezüglich des 3. Experimentes ist die quantitave Intactheit des Pedunculus olfactorius der verletzten Seite und der vorderen Commissur betont, und die Annahme ausgesprochen, dass die Innervation des von seinem Bulbus getrennten Lobus von der andern Seite her durch die vordere Commissur vor sich gehe.

Zur Entscheidung, ob übrigens, was Gudden bezweifelt, die Rindenschicht der Lobi olfact. von der Peripherie her einzig durch die Bulbi olfactorii erregt werde, wurde versucht

4. Die Entfernung beider Bulbi olfactorii, welche aber bis zur Drucklegung dieser Arbeit nicht zum Resultat geführt hatte, weil die Thiere, im Auffinden der mütterlichen Zitzen behindert, zu rasch starben. Doch führt Gudden an, dass sein früherer Assistenzarzt Dr. Grashey zur Vermeidung dieses Misslingens einen sehr zweckmässigen Apparat eingerichtet habe, und es ist ihm selbst neuester Zeit auch gelungen, derartig operirte Kaninchen am Leben zu erhalten.

5. Abtragung des einen oberen Hemisphärenlappens zieht Schwund des Balkens bis auf jene Bündel nach sich, welche die untern Hemisphärenlappen verbinden.

6. Fortnahme einer ganzen Gehirnhemisphäre aber lässt keine Spur des Balkens und der vordern Commissur in dem später getödteten Thiere zurück. Die Commissuren atrophiren demnach zweiseitig bei Entfernung eines mit ihnen verbundenen Centrums.

Die zweite Versuchsreihe betrifft die Gesichtsorgane.

8. Künstliche Verwachsung einer Lidspalte hat etwas schwächere Entwicklung des Nerv. opticus und des entgegengesetzten der vordern Zweihügel zur Folge.

9. Zerstörung der einen Retina ergibt ungemeine Verdünnung des Nerv. opticus mit grauer Verfärbung und über das Chiasma hinaus, dessen Kreuzung Gudden für vollständig erklärt, Atrophie des Tractus, des betreffenden vordern Zweihügels und des von Gudden Tractus peduncularis transversus genannten Stranges, der vom obern Zweihügel jederseits als ein, den Hirnschenkel umgreifender Gürtel herabsteigt. Im Chiasma bleibt aber die ihm anliegende untere, theilweise den (inneren) Kniehöckern angehörige Commissur intact.

10. Fortnahme des einen Auges bei einer Taube bewirkt dürftige Ausbildung seines Sehnervs und der ihm zugehörigen Seite des Corpus bigeminum.

11. Fortnahme beider Bulbi oculi bei einem Kaninchen. Optici, Chiasma und Tractus (bis auf die intacte commissura inferior und ein Bündel des Tractus, welches durch die äusseren Bündel des Pedunculus in die Hemisphäre übergehen soll), verschwinden, ebenso die Tractus pedunculares transversi.

12. Fortnahme beider Bulbi oculi bei einer Taube. Hier konnte ausser dem Zurückbleiben der Optici und Corpora bigemina noch ein geringeres Hemisphärengewicht als Folge constatirt werden.

13. Fortnahme des einen vordern Hügels des Corpus quadrigeminum beim Kaninchen lässt die Entwicklung des betreffenden Nervus opticus und Tractus peduncularis transversus zurückbleiben, wenn auch in weit geringerem Grade, als dies bei Exstirpation des Augapfels der Fall ist.

Mittheilungen über die äussere Erscheinung der einseitig Blinden und der ganz Blinden, welche die Sinneswahrnehmung nach anderer Richtung vicariirend steigern, sowie über sterile Regungen auf das verschlossene Sinnesgebiet bezüglicher Bewegungen sind in der Arbeit selbst nachzulesen, welche in der Mittheilung noch weiterer Versuchsreihen ihre Fortsetzung finden soll. Meynert.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

am 3. Juni 1871 um 6 Uhr Abends.

I. Wahl der Functionäre.

II. Jahresbericht über die Vereinsthätigkeit.

III. Bericht über die ökonomische Gebahrung.

IV. Prof. Meynert. Ueber einen Fall von Paralysis agitans bei einem Geisteskranken.

V. Discussion über gefährliche Irre.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

24. Juni 1871. Nr. 6.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

H. Beer, M. Leidesdorf und Th. Meynert.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll der Vereinssitzung am 3. Juni 1871. — Dr. Anton Holler. Ueber die Wirkung des Chloralhydrats bei Geisteskranken. — Dr. H. Schüle. Beitrag zur Hirn-Rückenmark-Sclerose. — Gonzales Echeverria. Ueber Epilepsie. — William Anderson. Rheumatismus cerebralis. — Dr. Magnan. Ueber die colloide Degeneration des Gehirns bei allgem. Paralyse. — Beitrag zur Irrenrechtspflege in Italien.

Sitzungsbericht.

Protokoll der am 3. Juni 1871 abgehaltenen Hauptversammlung.

Der Vorsitzende, Herr Director Spurzheim, legt ein Gutachten vom Bezirksarzt Dr. Grabacher in Waidhofen a. d. Thaya über eine geisteskranke Brandlegerin vor; die Discussion darüber soll in der nächsten Vereinsversammlung vorgenommen werden.

Hierauf wurden die anwesenden Mitglieder aufgefordert, ihre Stimmzettel zur Wahl der Functionäre abzugeben.

Weiterhin verlas der Secretair Dr. Zippe folgenden Jahresbericht über die Thätigkeit des Vereines:

„Der Verein kann mit einer gewissen Befriedigung auf das abgelaufene Vereinsjahr, in welchem 8 Monatssitzungen abgehalten wurden, zurückblicken. Mehrere wichtige Angelegenheiten wurden zum Abschlusse gebracht und ein Rückblick auf die gehaltenen Vorträge wird genügen, um darzuthun, dass es an geistiger Anregung und collegialem Ideenaustausche nicht gefehlt hat.

Das Promemoria an den n. ö. Landesausschuss, in welchem sich der Verein gegen den Bau einer Gebär- und Findelanstalt in den Räumen des Vorgartens der Wiener Landesirrenanstalt aussprach, hat mit

zur günstigen Wendung, welche diese Frage genommen zu haben scheint, beigetragen.

Durch die Errichtung einer psychiatrischen Klinik in der Wiener Irrenanstalt wurde eine wichtige, vom Vereine angestrebte Angelegenheit erledigt.

Ein Irrengesetz für die cisleithanischen Länder Oesterreichs, obwohl vom Vereine ausgearbeitet und den damaligen Ministern des Innern und der Justiz überreicht, harrt noch der Vorlage an den Reichsrath; der Verein wird eine solche mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln anstreben.

Die Vereinsstatuten wurden in zweckmässiger Weise abgeändert und die Genehmigung dieser Abänderung seitens der h. Statthalterei erlangt.

Eine Vereinszeitschrift, welche monatlich erscheint, wurde unter dem Titel „Psychiatrisches Centralblatt" gegründet und die Redaction derselben den Herren Professoren Beer, Leidesdorf und Meynert übertragen. Dieses Blatt erscheint seit Jänner 1871 mit ungestörter Regelmässigkeit.

Die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien hat in zuvorkommendster Weise das Ansuchen des Vereines genehmigt, die Sitzungen in ihrem Versammlungssaale abhalten zu dürfen.

Es wurden folgende wissenschaftliche Vorträge abgehalten:

Herr Regierungsrath Prof. Beer referirte ausführlich über ein Werk von Boisseau: „die simulirten Krankheiten"; derselbe lieferte ferner Beiträge zur Geschichte der Lehre vom Brandstiftungstrieb und besprach die Ansichten Platner's und Henke's.

Herr Prof. Benedikt theilte seine Erfahrungen über die elektrotherapeutische Behandlung bei Geisteskranken mit.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Flechner sprach über 11 von ihm beobachtete Fälle von Brandstiftung und über einen Fall von transitorischer Verwirrtheit, an den sich eine eingehende Discussion knüpfte.

Director Dr. Glatter besprach den Zustand der Cretinen an den Donauufern Ungarns.

Primarius Dr. Joffe theilte aus seiner reichhaltigen Erfahrung zwei interessante Fälle von Geistesstörung mit.

Primarius Maresch hielt einen Vortrag über einige von ihm beobachtete Fälle mit heftigen, meist höchst acut verlaufenden nymphomanischen Aufregungszuständen.

Professor Leidesdorf leitet mit einem Vortrage eine Debatte über gefährliche Irre ein.

Professor Meynert sprach über maniakalische Bewegungserscheinungen und macht klinische Mittheilungen über einen Fall, in welchem die Geistesstörung mit einer Basedowischen Erkrankung

complicirt war; ferner über Fälle von differentialdiagnostischer Bedeutung gegenüber der paralytischen Geisteskrankheit.

Dr. Obersteiner jun. machte eine vorläufige Mittheilung über die von ihm studirten Lymphbahnen des Gehirnes und über seine mikroskopischen Studien an Gehirnen Paralytisch-Blödsinniger.

Herr Sanitätsrath Dr. Witlacil hielt einen Vortrag über den Selbstmord vom Standpunkte der pathologischen Anatomie, Psychologie und Gesetzgebung.

Gewählt wurden 13 neue Mitglieder und zwar 6 ordentliche und 7 correspondirende.

Zu beklagen aber hatte der Verein das Ableben seines Präsidenten, des Herrn Regierungsrathes Ritter von Riedel, des Ehrenmitgliedes Herrn Hofrathes Johann Ritter von Oppolzer und des wirklichen Mitgliedes Herrn Polizeibezirksarztes Dr. Schmidt.

Der Verein zählt gegenwärtig 46 ordentliche, 30 correspondirende und 9 Ehrenmitglieder.

In der Sitzung vom 28. Jänner 1871 wurde Herr Director Spurzheim fast einstimmig zum Vereinspräsidenten erwählt.

Ueberblicken wir nun im Ganzen die Thätigkeit des Vereines im abgelaufenen Jahre, so können wir daraus die zuversichtliche Hoffnung schöpfen, dass derselbe mehr und mehr dahin gelangen wird, dei Interessen der Psychiatrie in wissenschaftlicher und humaner Beziehung zu fördern und eine Stellung einzunehmen, welche seiner Stimme Gehör zu verschaffen vermag, wo die des Einzelnen zu verhallen Gefahr läuft.«

Prim. Maresch stellte den Antrag: es möge eine gedruckte Liste sämmtlicher Vereinsmitglieder angefertigt und dieselbe jedem einzelnen Mitgliede zugestellt werden. Wird angenommen.

Regierungsrath Prof. Beer wünscht, dass wichtige Verhandlungen und Beschlüsse des Vereines sowohl in die medicinischen Fachblätter als auch in die bedeutenderen politischen Journale eingerückt werden.

Zu diesem, von Prof. Meynert und Dr. Witlacil lebhaft unterstützten Antrage stellt Prof. Leidesdorf das Amendement, immer zunächst das Programm der stattzuhabenden Sitzung in diesen Blättern zu veröffentlichen, und die Vereinbarung mit den betreffenden Redactionen der privaten Mittheilung durch einzelne der anwesenden Mitglieder anheimzugeben.

Antrag und Amendement wurden einstimmig angenommen.

Zur Verständigung der betreffenden Redactionen erklärten sich bereit die Herren: Prof. Leidesdorf, Prof. Meynert, Landesgerichtsarzt Dr. Flechner und Polizeibezirksarzt Dr. Effenberger.

Es folgte der Bericht über die ökonomische Gebahrung des Vereines durch S. R. Dr. Witlacil.

Hierauf hielt Prof. Meynert folgenden Vortrag über Paralysis agitans.

Bei einem mit Tremor verbundenen Falle von paralytischem Irrsinn eines 36jährigen Kaufmannes überwog der Tremor auf der paralytischeren rechten Seite und sistirte im Schlafe und bei Abspannung der Willensintentionen. Aus der Abhängigkeit dieser Paralysis agitans von den Bewusstseinsphasen diagnosticirte Meynert, dass der Tremor von einer Affection der den bewussten Bewegungen dienenden Ganglien abhänge, welche Diagnose die Section schlagend bestätigte, indem bei gleichem Gewichte der Stirnlappen beider Seiten, der, Streifenhügel und Linsenkern einschliessende Stammlappen rechts 44, links aber nur 38 Gramm wog. Indem der Vortragende auch bei unheilbarer Chorea eminente Gewichtsabnahme der Stammlappen constatirt hat, so glaubt er, dass der Chorea sowie dem Tremor bei Paralysis agitans ein Reizungszustand durch Hyperämie im grauen Fasernetz der äusseren Gehirnganglien zu Grunde liege, welche den physiologisch zu Gunsten der isolirten Leitung so grossen Leitungswiderstand in diesem grauen Fasernetze herabsetzt und dadurch den Effect der Willensimpulse durch Querleitungen complicirt. Damit stimmt das Sistiren der Chorea im Schlafe und ihre Steigerung durch Willensintention; denn Streifenhügel und Linsenkern sind die Grosshirnganglien, welche ihre motorischen Impulse vom Sitze der Bewusstseinsvorgänge, von den Grosshirnlappen, empfangen.

Das Scrutinium ergab folgendes Resultat (12 Abstimmende):

Zum Präsidenten wurde gewählt: Director Spurzheim. Vicepräsident: Prof. Leidesdorf. Secretäre: Dr. Morscher, Dr. Zippe. Oekonom: S. R. Dr. Witlacil. Verwaltungsräthe: Reg. R. Beer, Prim. Joffe, L. G. A. Dr. Flechner, Prim. Maresch; nachdem Letzterer die Wahl ablehnte, erschien statt seiner mit der nächstgrössten Stimmenanzahl Prof. Meynert gewählt.

Zu ordentlichen Mitgliedern wurden gewählt: Docent Dr. Fieber, Vorstand der elektro-therapeutischen Abtheilung im k. k. allgem. Krankenhause; Dr. Josef Friedrich und Dr. Josef Hinterstoisser, Secundarärzte in der Wiener Landes-Irrenanstalt; Dr. Wieser, Secundararzt in der Ybbser Landes-Irrenanstalt.

Zu correspondirenden Mitgliedern wurden gewählt: Prof. Gianelli in Mailand und Dr. Carl Gad, I. Arzt am Irrenhospital Sct. Hans bei Kopenhagen.

Original-Mittheilung über die Wirkung des Chloralhydrats bei Geisteskranken.

Von Dr. Anton Holler,
ordin. Arzte an der Irrenanstalt in Klosterneuburg.

Dr. Holler hat vergleichende Versuche bezüglich der hypnotichen Wirkung des Morphins, Opiums und Chloralhydrates angestellt und theilt folgende Beobachtungen mit.

1. Dem mit Blödsinn behafteten, an Schlaflosigkeit leidenden H. F. wurde eine Drachme Chloralhydrat gereicht, der Schlaf erfolgte nach $^1/_4$ Stunde und dauerte zuweilen 8, in der Regel 3, einmal 10 Stunden.

Als der Kranke wieder sehr unruhig wurde, stark an Gehörs- und Gesichtshallucinationen litt, mit den Fäusten um sich schlug, bekam er Abends $^1/_6$ Gran Morphin, und da er nicht ruhiger wurde um 8 und um 9 Uhr Abends je ein Gran, ohne dass Schlaf eintrat, ohne dass die Aufregung sich ermässigte. Erst auf die Verabreichung von zwei Drachmen Chloralhydrat trat wieder ein ruhiger Schlaf ein, der $9^1/_2$ Stunden dauerte und keine Betäubung zur Folge hatte. Weiter an demselben Kranken späterhin fortgesetzte Versuche mit abwechselndem Gebrauche von Chloral und Morphin liessen das erstere als das wirksamere Mittel erkennen.

Doch versagte das eine wie das andere die Wirkung, wenn des Tages eine grössere Aufregung oder Stuhlverstopfung vorausging. Es ergab sich im Ganzen, dass auf Chloralhydrat binnen $3^1/_2$ Monaten nur zweimal kein Schlaf erfolgte, während derselbe auf Morphin innerhalb 46 Tagen neunmal ausblieb.

2. H. E. tobsüchtig, geschlechtlich sehr aufgeregt, Hyperästhesie der Haut, an Schlaflosigkeit leidend, wurde mit subcutanen Morphiuminjectionen von $^1/_2$ bis 1 Gran behandelt, ohne dass Schlaf eingetreten wäre, mit Ausnahme eines Males, als die Injectionen von Morphin binnen 5 Stunden zweimal wiederholt wurden, worauf er $2^1/_2$ Stunden lang schlief, aber mit heftigem Schwindel erwachte.

Auf Anwendung des Chloralhydrats zu $^1/_2$ Drachme, stellte sich binnen $^1/_4$ Stunde ein anhaltender, ruhiger Schlaf ein. Es wurden bei demselben Kranken auch Versuche mit Opium gemacht und stellte sich heraus, dass während beim Chloralgebrauche der Schlaf 6—7 Stunden dauerte, auf Opium zu 1—5 Gran kein, auf 6—8 Gran ein nur $1^1/_2$—3stündiger Schlaf erfolgte.

Wurden bei der Darreichung des Opiums nasse Einwickelungen angewendet, so stieg die Schlafdauer auf 4—5 Stunden, blieb aber doch zuweilen die Wirkung gänzlich aus.

Die nassen Einwickelungen ohne Gebrauch von Opium blieben in ihrer Wirkung hinter dem combinirten Verfahren zurück.

3. Catharine B., 47 Jahre alt, leidet an religiöser Melancholie mit Gehörshallucinationen, welche sie Tag und Nacht quälen, die Nächte bringt sie vollkommen schlaflos zu. Am 11. September 1870 wurde das erste Mal Chloralhydrat zu 1 Scrupel pro dosi gereicht, worauf sie einige Stunden ununterbrochen schlief. Von nun an fortgebraucht verfehlte dieses Mittel seine Wirkung nie, welche um so entschiedener eintrat, wenn die Kranke am Tage eine Stuhlentleerung gehabt hatte. Mit der Zeit musste die Dosis von 1 auf 2 Scrupel erhöht werden. Der Puls sank bisweilen auf 66, die Urinsecretion zeigte sich, wie schon in anderen Fällen, bei Anwendung des Chlorals gesteigert. — Die Gehörshallucinationen liessen an Intensität nach.

4. Catharine R., 53 Jahre alt, leidet an Epilepsie mit tobsüchtiger nymphomanischer Aufregung. Am 10. September 1870 verfiel sie nach einem 10 Minuten dauernden epileptischen Anfall in Tobsucht; es wurde Abenbs 1 Scrupel Chloralhydrat verabreicht, nach einer Viertelstunde trat ruhiger Schlaf ein, der 6 Stunden anhält. Nach einwöchentlichem Gebrauche musste das Mittel auf die doppelte Dosis erhöht werden, wobei die Kranke die ganze Nacht hindurch ruhig schlief.

Bei dieser Behandlung schwand zwar nicht die Epilepsie, aber die bis dahin damit verbundene tobsüchtige Aufregung.

5. Maria W., 31 Jahre alt, leidet ebenfalls an Epilepsie mit consecutiver Aufregung und Sinnestäuschung, auch hier wurde mittelst Chloralhydrats ein gewöhnlich 7stündiger Schlaf und eine länger andauernde Beruhigung erzielt.

6. Maria L., 36 Jahre alt, blödsinnig mit intercurrirender nymphomanischer Aufregung, gegen welche zuerst Morphin doch ohne besonderen Erfolg gereicht wurde.

Bei Anwendung einer $^1/_2$ Drachme Chloralhydrat hingegen trat jedesmal ruhiger Schlaf in der Dauer von durchschnittlich acht Stunden ein und machten die tobsüchtigen Insulte und die nymphomanischen Erregungen einem ruhigen, gelassenen Zustande Platz.

7. Barbara M., 56 Jahre alt; Trübsinn mit Hysterie. Die Kranke hat ab und zu hysterische Anfälle, klagt über grosse Empfindlichkeit längs der Wirbelsäule, ist immer sehr melancholisch, von Angstgefühlen heimgesucht, verfällt leicht in's Weinen, leidet an Schlaflosigkeit.

Auch hier bewirkte das Chloralhydrat ($^1/_2$ Scrupel) einen anhaltenden wohlthuenden Schlaf; die Kranke selbst bat dringend um die Darreichung des Mittels.

Die Menge des Harnes war nach jedesmaligem Gebrauche des Chlorals entschieden vermehrt.

Beitrag zur Hirn-Rückenmarks-Sclerose.

Von H. Schüle, Assistenzarzt in Illenau.

(Deutsches Archiv für klinische Medizin Bd. VIII. Heft 3 und 4.)

Vorliegender Fall betrifft ein $14^1/_2$ Jahre altes Mädchen, Tochter gesunder Eltern. — Der Beginn der Erkrankung lässt sich in's 7. Lebensjahr versetzen. Es trat ohne palpable Veranlassung Schielen und Doppeltsehen auf, das nach sechs Wochen wieder verschwunden war.

Einige Wochen später linkseitige Facialislähmung, nach kurzer Dauer auch rechtseitige, diese Lähmung verschwand bald, kehrte wieder, um wieder zu schwinden.

Im 9. Lebensjahre Pelzigsein in Zehen und Fingern, das sich über Rumpf und Extremitäten verbreitete, temporäre Anästhesie. Diese Erscheinungen dauerten kurze Zeit, es folgte ihnen eine allgemeine Lähmung der Rumpf- und Gliedermuskeln, welche an den Fingern und Zehen begann und binnen 4 Wochen sich vollkommen zurückbildete. Das bisher intelligente Kind wurde nachlässig, träge, vergesslich, reizbar.

Es traten öfters Anfälle von Schwindel, Erbrechen und Zuckungen ein, die gekreuzt z. B. im rechten Bein und linken Arm auftraten. Bewusstsein nie gestört. — Die Anfälle verloren sich nach und nach.

Mit $11^1/_2$ Jahren kehrte die allgemeine motorische Lähmung wie das erste Mal wieder, verschwand nach 3 Wochen; es blieben aber von nun an die Bewegungen schwach und unsicher, besonders in den Füssen.

Im 12. Jahre kehrten Schielen und Doppeltsehen öfters wieder; es zeigten sich hie und da leichte Anfälle von Convulsionen ohne Verlust des Bewusstseins, aber mit Schwindel und Erbrechen.

Anfang des 13. Jahres kam es zu zunehmender paretischer Schwäche der linken Körperhälfte, zu Abnahme des Gedächtnisses, eigensinnigem, störrischem Wesen.

Mit $13^1/_4$ Jahr bildete sich zum dritten Male allgemeine Lähmung aus, ging abermals zum grössten Theile zurück, doch wurde die linke Seite mehr paretisch und der Gang sehr unsicher. Bedeutende Coordinationsstörungen in den Händen, Parese der Kopfheber, Tremor capitis.

Mit $13^1/_2$ Jahr choreaartige Bewegungen in Händen und Füssen, die im Schlafe cessirten und 8 Monate fortdauerten; hochgradige Ataxie der unteren und oberen Extremitäten.

Mit 14 Jahren wieder ein Anfall allgemeiner Lähmung; nach 4 Wochen gebessert; häufiger Kopfschmerz und Schwindel; Schmerzen im Rücken und in den grossen Gelenken.

Mit $14^1/_4$ Jahr Eintritt der Menstruation; Gürtelgefühle, Zuckungen in den Beinen, elektrischen Schlägen vergleichbar, Parese des Detrusor vesicae.

Mit $14^1/_2$ Jahr zum ersten Male erschwerte Articulation, rechtseitige Facialislähmung; kindisch-heiteres Wesen, Schwachsinn. Doppeltsehen bedingt durch Insuff. m. rect. int. oculi dextr., leichter Nystagmus; gedehnte schwerfällige Sprache, Schlucken und Kauen intact. Ataxie der Extremitäten. Muskelkraft rechts sehr vermindert. Rechter Fuss in Adductionsstellung durch Lähmung der Extensoren und Abductoren. Muskulatur der Beine sehr abgemagert. Galvanische und faradische Erregbarkeit intact. Sensibilität unversehrt. Reflexerregbarkeit erhalten.

Bei motorischen Impulsen wackelt und bebt der ganze Körper, ruht aber bei hinreichender Unterstützung.

Zeitweise, oft Tage lang auch in der Ruhe beständiges Wackeln, Hin- und Her-Oscilliren der Beine wie bei Paralysis agitans. — Im Laufe weiterer Beobachtung zeigt sich, obwohl die Zungenbewegungen frei sind, fibrilläres Zucken der Zungenmuskeln, die Sprache sehr gestört, absetzend, scandirend, unrhythmisch; Zäpfchen etwas nach links. Schlucken und Kauen erschwert. Unmotivirter Wechsel zwischen Lachen und Weinen, grosse physische Schwäche. Die Kranke kann sich ohne Hilfe der Hände nicht mehr aufrichten. Beständiger paralytischer Tremor der oberen Extremitäten. Keine auffällige Muskelatrophie; Sensibilität erhalten.

Es tritt plötzlich Schlinglähmung, beiderseitige Ptosis ein, die Sprachstörung nimmt zu, die Kranke stirbt unter hinzutretendem Sopor.

Autopsie. Die weichen Hirnhäute mit Ausnahme der die erste Windung bekleidenden, nicht getrübt, sehr hyperämisch, nach vorne ödematös.

Hirnwindungen links gut aneinander liegend, rechts verschmälert, eingezogen, die Sulci weit klaffend. Hirnstock gegenüber der Basis der Hemisphären enorm prall und hart; doch erweist die Palpation der Hirnoberfläche ebenfalls eine vermehrte Resistenz, welche von der stark veränderten Marksubstanz herrührt.

Der ganze Stabkranz ist bis zur Peripherie hin in eine derbe, hartem Gummi gleichkommende schwielige Masse umgewandelt. Diese schwielige Umwandlung reicht rechts bis hart an die Corticalgrenze, links bleibt vor derselben eine weichere Marklamelle. — Die Degeneration erreicht ihre stärkste Entwicklung in der Umgebung des Hinterhorns. Die Form, unter welcher sie auftritt, ist eine dreifache:

1. eine weisse, weissgelbliche;
2. eine schmutzig bräunliche;
3. eine stahlgraue, da und dort ins Röthliche variirend. Die weissgelbliche bildet das Uebergewicht und durchsetzt continuirlich die beiden Hemisphären.

Die beiden anderen Modificationen kommen mehr herdweise, die stahlgraue namentlich gegen die Corticalis hin vor, die schmutzig bräunliche gehört ausschliesslich den Marklagern an.

Das Markparenchym ist blutarm, im Durchmesser verschmälert. Von diesen Degenerationen ist die rechte Hemisphäre stärker betroffen als die linke, dies zeigt sich auch in den Basalganglien, von denen die drei Glieder des Linsenkernes um mehr als die Hälfte geschrumpft und durch narbenartige Verziehungen kaum mehr kenntlich sind. Sehhügel, Claustrum und Stammlappen sind gleichfalls von entarteten Partien durchsetzt.

Am auffälligsten ist der Befund am Pons und den annexen Theilen des Hirnstammes.

Dieselben sind in ihren zur rechten Hirnhälfte gehörigen Partien hart, während die homologen Gebilde links zwar auch stellenweise derber, aber in Zeichnung und Dimension erhalten sind.

Linke Haube erscheint makroskopisch als intact, ebenso die den Pons durchsetzenden Pyramidenbündel, während dieselben rechts stark rareficirt sind. Hier ist die Sclerose keine herdweise mehr, sondern eine continuirliche, gleichmässig das ganze Organ, so im Pons dessen ganze rechte Hälfte umfassende.

Das Kleinhirn knirscht an Durchschnitten. Die beiden Hemisphären in den Marklagern theils diffus, theils disseminirt, in die weissgelbe und stahlgraue Degeneration umgewandelt.

Die Medulla obl. sehr fest und derb, in ihren unteren Partien mit stark entwickelter grauer Markdegeneration. (Nähere Details fehlen, weil dieses Präparat verloren ging.)

Am Rückenmark betrifft die graue Degeneration am intensivsten die Hinterstränge, nach diesen die Seiten- und am schwächsten die Vorderstränge. — Die Zeichnung der grauen Substanz ist in diesen obersten Halspartien so ziemlich erhalten. Nach abwärts hält die graue Entartung allermeist die Grenzen der Stränge ein und bildet einzelne Stränge destruirende Längskeile. Im Ganzen ist die Intensität der Erkrankung eine nach unten abnehmende.

Die afficirten Stellen haben die Consistenz eines weichen, aber resistenten Gummi.

An der grauen Substanz ist bemerkenswerth, dass das rechte Vorderhorn von der Mitte des Halstheiles an ein verbreitertes Aussehen zeigt, dabei seine Contouren abgegrenzt erhält, aber doch an einzelnen Stellen mit dem degenerirenden Segment des Markparenchyms in eine grosse graue Plaque confluirt. — Im unteren Halstheil geht der gequollene Zustand sogar in eine zerfliessende Pulpe über, die leicht aus der Schnittfläche abläuft und einen verbreiterten Hohlraum innerhalb des Vorderhornes zurücklässt. Auch das linke Vorderhorn geht eine Consistenzverminderung ein, doch nicht pulpös zerfliessend, mit rostbrauner Färbung und eingestreuten weissen Bälkchen. — Der Erweichungsprocess reicht bis an den unteren Brusttheil.

Die mikroskopische Untersuchung des Gehirnes ergibt, dass die stahlblau entfärbte und erweichte Corticalis eine abnorm dichte Grundmasse darbietet mit einer grossen Menge eingestreuter,

granulirter Kerne, in den tieferen Rindenschichten wird die Zwischensubstanz undurchsichtiger und besteht wesentlich aus grösseren oder kleineren unregelmässigen Parzellchen einer mattgelben oder grauen Masse, auf welcher die feinen Körnchen der Grundsubstanz aufsitzen. — Diese graue Masse zerspaltet sich in dichtere oder feine Fibrillen. Dieser fibrilläre Zerfall geht demnach aus den erwähnten Parzellen hervor. — Die angegebenen Charaktere zeigen sich noch ausgesprochener in den weissgelben, derben Einlagerungen des Marklagers. Mächtige, derbere Fibrillenzüge mit ovalen oder sternförmigen Zellen zusammenhängend, treten allerorts auf. Man sieht Haufen von Amyloidkörpern und Blutpigment.

Die derben Herde der Marksubstanz repräsentiren die weitest gediehene Stufe des pathologischen Processes, welcher in den Stellen der weissen Marksclerose seinen Höhepunkt erreicht. — Hier trifft man stellenweise auch keine Nervenfasern mehr, an andern sind sie streckenweise marklos, varicös, fettig zerfallen. — Die Ganglienzellen der Corticalis sind fast sämmtlich verändert und zwar unter den Formen rückgängiger Metamorphose.

Die Gefässe zeichnen sich durch bedeutende Wucherungen in den Wandungen aus, auch ist an denselben der fibrilläre Zerfall der sie umgebenden gelben Masse, wie oben bei der Neuroglia beschrieben wurde, bemerkbar.

Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks im frischen Zustande gibt für die sclerosirten Markpartien denselben Neurogliabefund wie er sich in den Marklagern des Gehirnes gezeigt hatte; an den Gefässen dieselbe Veränderung wie im Gehirn. Keine Körnchenzellen.

Die erweichten Stellen aus dem zerfliessenden Vorderhorn zeigen in einem zarten bindegewebigen Maschenwerke zerfallener Nervenfasern, degenerirte Neuroglia und auffallend kolossal verbreiterte, glasglänzende, gequollene Axencylinder. Die Ganglien gleichfalls gequollen, moleculär getrübt, zerfliessend.

Mit Carmin imbibirte und Terpentin behandelte Präparate machen den eben erwähnten Befund noch deutlicher und zeigen die vorwiegende Betheiligung der Vorderhörner am stattgehabten Process noch markirter. Die Neuroglia der genannten grauen Centraltheile zeigt schon bei schwächerer Vergrösserung (220) den Wucherungsprocess und bei 560 den Querschnitt zarter Fibrillen, zwischen denen sich derber geschwungene Fasern befinden, die ihren Ursprung aus vielästigen Zellen nehmen. — Die veränderten Axencylinder lassen sich mit Bestimmtheit als solche erkennen, und gleichen theilweise denen von Hadlich (Virch. Archiv. Bd. 46), bereits beschriebenen. — An Stelle der im frischen Präparate vorhandenen Höhle im Centrum des Vorderhorns findet sich im Terpentin-Präparate ein unregelmässig ausgezackter Substanzverlust.

Dieselben Veränderungen wie die beschriebenen, finden sich auch, doch in geringerem Grade, im Hinterhorn. Der mittlere Verbindungstheil zeigt die geringsten Veränderungen.

An den Marksträngen sind zweierlei Arten der Degeneration zu beobachten. Nach der einen schreitet die Entartung, ganz an die normale Gewebsordnung sich haltend, in die Neuroglia-Einstrahlung vor und ergreift successive das ganze internervöse Gitterwerk. Die Reticularbalken erscheinen beträchtlich verbreitert, mit Körnchen und Körnern dicht besetzt und von derselben homogenen Zwischensubstanz, wie dieselbe in der grauen Substanz gefunden wurde, gleichsam ausgegossen.

Die Nervenquerschnitte sind im hypertrophischen Zwischengewebe vorhanden, zum Theile aber auch geschwunden oder rareficirt. Die Gefässe verdickt, mit granulirten Kernen dicht besetzt.

Die andere Form ist dadurch ausgezeichnet, dass die normale Gewebsanordnung durchbrochen ist; durch dichte, mehr minder ausgebreitete Haufen des dichtkörnigen Grundgewebes sind ganze Markschnitte „auseinander geworfen" (Rokitansky). — In den meisten derselben findet man keine Spur von Nervenröhren-Querschnitt. — Es sind die sclerotischen Plaques theils inselförmig, theils aber im Anschluss an die Degeneration der Vorderhörner eingesprengt. Sind die beiden eben beschriebenen Formen ihren Bildern nach auch verschieden, so lässt sich doch kein wesentlicher pathologisch-anatomischer Unterschied feststellen.

Was die Vertheilung der Degeneration durch die einzelnen Stränge betrifft, so sind alle, aber ohne Gesetzmässigkeit, einbezogen, die einzige, wie es scheint, constante Beziehung zu den Gefässen abgerechnet, in deren Umgebung sich mit Vorliebe intensiver erkrankte Partien vorfinden.

Verf. resumirt die im Vorstehenden angeführten klinischen und anatomischen Momente und weist nach, wie keines der jüngst von Leube für die inselförmige Sclerose aufgestellten Hauptsymptome in diesem Falle fehle; weder das eigenthümliche bei Bewegungen auftretende Zittern der successive aus Parese in Paralyse übergehenden Extremitäten und des Kopfes und die intact bleibende Sensibilität; es fehlen nicht die Sehstörungen, nicht die Hypoglossus-, Facialis-, Accessorius-Parese, endlich auch nicht die charakteristischen Sprachstörungen; doch findet sich Schwindel und zeitweiliges Erbrechen.

Diese Symptome werden durch die verbreitete inselförmige Einsprengung sclerotischer Plaques im Gehirn und Rückenmark gedeckt.

Ausserdem finde man aber im Gehirne eine continuirliche Sclerose, wodurch namentlich die mehr betroffene rechte Hemisphäre in toto so geschrumpft ist, dass selbst die Abtheilungen der Basalganglien sich nicht mehr aussondern lassen. — Noch schärfer markirt sich dieser Process am Pons, dessen rechte Hälfte geschrumpft und

sclerosirt ist. Vollends zeigt die Degenerationsform des Rückenmarkes einen diffusen Charakter, im Centralgrau an Intensität überwiegend; es stellt sich hier die Erkrankung als eine Myelitis chronica diffusa parenchymatosa et centralis dar.

Es besteht somit von diesem Gesichtspunkte aus eine Differenz in der Degenerationsform zwischen Gehirn und Rückenmark; in beiden findet sich eine diffuse Sclerose, nur in dem ersten noch ausserdem unter dem Bilde disseminirter Plaques. Es fragt sich nun, ob überhaupt klinische Unterscheidungsmerkmale zwischen beiden Erkrankungsformen existiren. — Die Betrachtungen, die S. an diese Frage knüpft, und die im Originale nachgesehen werden können, sind nicht vermögend, sie zu lösen, wenn sie auch genügen, um bei aller Uebereinstimmung und Aehnlichkeit mit bereits Bekanntem dem von ihm beschriebenen Fall eine gewisse Eigenart zu wahren, welche vom klinischen Standpunkte darin besteht, dass neben dem Zittern der Kranken, welches bei ruhiger Unterstützung nachliess, ein oft tageweise beständiges, auch in der Ruhe fortdauerndes Hin- und Her-Oscilliren der Beine auftrat, und dass das Verhalten der Sprache trotz dem Vorhandensein aller für die disseminirte Sclerose zutreffenden Erscheinungen die Eigenthümlichkeit darbot, dass oft einzelne Silben herausschossen, während erst die nachfolgenden in dem charakteristisch zögernden, scandirenden Modus sich nachschleppten. In diesen abweichenden Erscheinungen findet Verf. eine Annäherung an das Bild der Paralysis agitans, welche Skoda und in neuerer Zeit Topinard in Beziehung zur Pons und Medulla-Sclerose gebracht haben.

Mit Recht hebt Verf. die sehr frühe Entstehung des Leidens im 7. Lebensjahre als eine Seltenheit hervor.

Leidesdorf.

Ueber Epilepsie.

Von Gonzales Echeverria (New-York 1870).

Im ersten Capitel werden die verschiedenen modernen Doctrinen über Epilepsie einer eingehenden Kritik unterzogen, und indem sich der Verfasser am nächsten der Auffassungsweise Schröder v. d. Kolk's anschliesst, definirt er diese Krankheit als einen Zustand, bestehend in klonischen Paroxysmen, die durch eine directe oder eine Reflexaction der Medulla oblongata, welche sich in einem Zustande erhöhter Reizbarkeit befindet, hervorgerufen werden, in Zusammenhang mit plötzlicher Depression der Gehirncirculation und Verlust des Bewusstseins, mit oder ohne Muskelkrämpfe. Die Medulla obl. ist der einzige Sitz der Krankheit, die vor allem die vasamotorischen Nerven ergreift. Im zweiten Capitel, das die pathologische Anatomie behandelt, und mit besonde-

rer Ausführlichkeit bearbeitet und durch 10 im Farbendruck ausgeführte Tafeln erläutert ist, wird gezeigt, dass Veränderungen in der Med. oblong. niemals fehlen, wohl aber in den übrigen Theilen des Nervensystems; Veränderungen im Gehirne bei primärer Epilepsie sind immer secundärer Natur. — Die Theile des Gehirnes, welche am meisten betroffen gefunden wurden, sind: Boden des dritten Ventrikels, Corpus striatum, Thalamus opticus, Gehirnrinde (die bei Degeneration der centralen Ganglien fast immer mitergriffen war) und Kleinhirnstiele. Fast in allen Fällen war bedeutende Gewichtszunahme des Gehirnes oft unilaterale Hypertrophie nachzuweisen. Fettige Degeneration der Ganglienzellen und der Gefässe war hauptsächlich bei Epilepsie in Folge von übermässigem Alkoholgenuss ein häufiger Befund. Sehr oft zeigte sich fettige oder Pigment-Degeneration in den Cervicalganglien des Sympathicus, oder Hyperplasie des umhüllenden Bindegewebes; gewöhnlich liessen sich dann dieselben Veränderungen auch an einzelnen Zellen der Medulla oblongata nachweisen. — Unter den peripheren Nervenerkrankungen fand G. einmal Hypertrophie des Neurilemms an den Nerven des Präputiums. Der Kranke bekam jedes Mal, so oft der Urin das verlängerte Präputium passirte, einen epileptischen Anfall; Circumcision hatte vollständige Heilung zur Folge.

Den Zusammenhang von Brustkrankheiten und Epilepsie konnte Verf. auch bestätigen, und zwar hauptsächlich bei solchen Kranken, die sich nicht in die Zunge gebissen haben.

Im dritten Capitel (Analyse von 306 Fällen) wird die Erblichkeit als prädisponirende Ursache (80mal nachgewiesen) betont, und im vierten Capitel die zufälligen, mitwirkenden Ursachen besprochen. — Von therapeutischem Nutzen fand G. unter anderem Injectionen von Strychnin, ferner Conium, das besonders bei Erwachsenen der Belladonna weit vorzuziehen sein soll. In einigen Fällen, wo sich die epileptischen Anfälle als Folgen einer Schädelfractur oder Depression erwiesen, wurde der Trepan meist mit gutem Erfolg in Anwendung gebracht.

Obersteiner.

Rheumatismus cerebralis.

Von William Anderson.

(British medic. Journal Nr. 542, 20. Mai 1871.)

Die cerebralen Erscheinungen beim Rheumatismus cerebralis treten längere oder kürzere Zeit nach Beginn der Gelenkserkrankung, oft, aber nicht immer, nach einer auffallenden Besserung der letzteren, auf. Die drei mitgetheilten Fälle stimmen in Folgendem überein: 1. War in allen eine abnorme Erhöhung der Temperatur bis 111·1° Fahrenheit (44 Cels.) zu beobachten. 2. Trat der tödtliche Ausgang

mit rapider Schnelligkeit ein, einmal $1^1/_2$ Stunden nach Beginn der Gehirnsymptome. 3. Fehlten überall bei der Leichenuntersuchung charakteristische Veränderungen im Gehirne, ausgenommen einer geringen Vermehrung der Arachnoidalflüssigkeit, deren chemische Untersuchung man verabsäumt hatte.

Eine angeborne erhöhte Reizempfänglichkeit kann allenfalls als prädisponirende Ursache angesehen werden, nicht aber körperliche Schwäche, da zwei der beobachteten Kranken äusserst kräftige Männer waren.

Von einer Therapie ist bei der Schnelligkeit des Verlaufes wohl nicht viel zu erwarten.

Obersteiner.

Ueber die colloide Degeneration des Gehirns bei allgemeiner Paralyse.

Von Dr. Magnan in Paris.

Uebersetzt von A. Erlenmeyer jun. in Würzburg.

(Archiv der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie redig. v. Sanit. R. Erlenmeyer Jahrg. XVII. 3. Heft.)

Wir geben nur die Schlussresultate dieser ziemlich eingehend gehaltenen Arbeit.

1. Die im Allgemeinen als interstitielle diffuse Encephalitis bezeichnete Krankheit, kann an circumscripten Stellen von der Einwirkung einer sehr heftigen Reizung begleitet sein, welche eine sehr lebhafte Proliferation der Elemente der Neuroglia und der Gefässwandungen zur Folge hat.
2. Die auf diese Weise vervielfältigten Elemente infiltriren sich — anstatt, wie es gewöhnlich ist, sich in Bindegewebsfasern umzuwandeln — mit colloider Masse.

   Erst werden die Kerne, dann die Zellen und zuletzt das Gewebe in seiner Totalität von dieser üppig wuchernden, krankhaften Production ergriffen.
3. Die colloide Degeneration hat besondere Eigenthümlichkeiten, ihre physikalischen und chemischen Eigenschaften lassen eine Unterscheidung zwischen ihr und anderen Entartungen zu.

   Die colloide Masse erscheint als eine hyaline Substanz, ist aber nur wenig transparent und an einigen Punkten schwach bläulich reflectirend, in kleinen Massen zeigt sie sich in Gestalt ziemlich regelmässiger Klümpchen, die mehr weniger die Form des Elementes oder der Gruppen von degenerirten Elementen behalten haben. Ist sie in grösserer Menge vorhanden und sind mehrere dieser kleinen Klümpchen vereinigt, so stellt sie sich als eine unregelmässige Masse dar, die sehr stark gespalten ist.

Die colloide Substanz ist unlöslich in Alkohol, Aether und Chloroform; in concentrirter Essigsäure erblasst sie und löst sich nach und nach auf. Durch ammoniakalische Carmintinctur wird sie schnell gefärbt. Jodtinctur mit und ohne Schwefelsäure hat keinen Einfluss auf sie.

Zusatz von Salzsäure hat keine Wirkung. Eine leichte Lösung von Kali und Natron in Wasser bleichen die Substanz, ohne sie aufzulösen.

Warme Flüssigkeiten lösen die colloide Masse auf, was durch Zusatz von Kali und Natron noch befördert wird.

Sie ist demnach nicht fettig, weil sie sich durch Carmin färbt und sich in Aether und Chloroform nicht löst; sie ist nicht unorganisch, weil die Salzsäure keine Einwirkung auf sie hat. — Sie unterscheidet sich von Amilonkörperchen, weil sie sich gegen Jodtinctur indifferent verhält und von der amyloiden Degeneration dadurch, dass sie sich in concentrirter Essigsäure auflöst, dass die kalten Kali- und Natronlösungen keine Einwirkungen auf sie haben und dass man keine jodschwefelsaure Reaction erhält — Eigenschaften, die die amyloide Substanz charakterisiren (s. Etudes sur la dégénérescence amyloide par Hayem).

4. Nach ihrer Entwickelung und nach ihrem Verlaufe könnte man die colloide Entartung als ein Product der diffusen interstitiellen Encephalitis ansehen, aber ihre Seltenheit und ihre circumscripte Localisation einerseits, andererseits ihre eigenthümlichen Charaktere, wenn sie die höchste Stufe ihrer Entwickelung erreicht hat, machen dieselbe nichtsdestoweniger zu einer sehr accessorischen Läsion der allgemeinen Paralyse.

Leidesdorf.

Beitrag zur Irrengerichtspflege in Italien.

(Archiv. italiano per le malattie nervose e per le alienazioni mentali. Maggio 1871.)

Ein Gerichtsfall, der im März d. J. in Neapel verhandelt wurde und mit einer Verurtheilung des Angeklagten endete, wirft ein so eigenthümliches Licht auf die Gerichtsprocedur in Italien, und insonderheit auf das Verfahren gegen die sachverständigen Aerzte, dass er einer Mittheilung werth erscheint.

Ein Herr Cavaliere Giulio de Martino war angeklagt, seine Frau Teresa Santoro ungerechter Weise in der Privat-Irrenanstalt Capodichino bei Neapel untergebracht zu haben, da von einer Seite — darunter allerdings auch von ärztlicher — behauptet worden war, die Frau sei geistesgesund. Es wurden nun die Herren Dr. Bonacossa, Chef der Provinzial-Irrenanstalt in Turin, Dr. Riboli, und Dr. Biffi, Director der Privatanstalt S. Celso in Mailand, als Sachverständige für den 13. März nach Neapel amtlich berufen, ohne dass ihnen der Grund ihrer Berufung mitgetheilt worden wäre. Als man ihnen bei

ihrer Ankunft in Neapel erklärte, um was es sich handelte, verlangten sie vom Präsidenten des Tribunales zuerst Einsicht in die Processacten; trotz seiner Zustimmung hiezu konnten sie jedoch die Acten nicht erhalten und sie mussten in die Verhandlung gehen, ohne etwas von den Acten gesehen zu haben. Ihre Kenntniss des Falles durften sie übrigens aus einem gedruckten Exposé des Vertheidigers Advocaten Bax schöpfen.

Dieser hatte 14 concrete Fragen in Bereitschaft, welche er den Sachverständigen vorgelegt wissen wollte, worin er die einzelnen constatirten Facta ihrer Beurtheilung unterbreitete, um darauf ihr Urtheil über Geistes-Gesundheit oder Krankheit zu stützen. Von diesen angegebenen und wie erwähnt gerichtlich constatirten Facten seien nur einige beispielsweise hier angeführt: Sie lief zweimal halbnackt aus ihrem Hause und wollte durchaus im Regen unter freiem Himmel schlafen; — sie klagte beständig über die Furcht vergiftet zu werden und verweigerte deshalb manchmal die Nahrung, auch die von ihr selbst bereitete; sie wollte die Erlaubniss zum Betteln haben, ungeachtet sie reich ist; — sie nahm ihren Hut ab und steckte ihn zwischen die Schenkel eines urinirenden Pferdes; — sie lud sich Gäste an ihrem Namenstage zu Tische, hatte aber wieder ganz darauf vergessen und nicht die geringste Vorbereitung getroffen.

Der Staatsanwalt liess diese Fragen nicht zu, sondern er stellte andere Fragen über allgemeine Principien und abstracte wissenschaftliche Ansichten, und duldete somit nicht, dass sich die Sachverständigen mit dem concreten Falle der Frau Santoro befassten. Beim Tribunale drang der Antrag des Staatsanwaltes durch, und die Aerzte hatten nur über ganz allgemeine Fragen, und zwar auf der Stelle („su due piedi") und ohne weitere Erläuterung zu antworten.

Der Vertheidiger Bax und der Angeklagte protestirten gegen dieses Verfahren und zogen sich zurück, das Tribunale zog aus den allgemeinen Antworten der Aerzte seine beliebigen Schlüsse, und so wurde Herr De Martino zu 2 Jahren Gefängniss und 5000 Francs Strafe verurtheilt. Natürlich wurde die Berufung angemeldet; die Aerzte, welche diesen Vorgang im angeführten Maihefte des „Archivio italiano" erzählen, veröffentlichen daselbst auch einen bezüglichen Collectivbrief an Dr. Girolami, Director des Irrenhauses in Rom.

Obersteiner sen.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

am 24. Juni 1871 um 5 Uhr Abends.

I. Discussion über gefährliche Irre.

II. Mittheilung des k. k. Bezirksarztes Dr. Grabacher über eine geisteskranke Brandlegerin.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

25. Juli 1871. Nr. 7.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf und **Th. Meynert.**

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder **2 fl. 50 kr.**, mit Postversendung **3 fl.**

Inhalt: Protokoll der Vereinssitzung vom 24. Juni 1871. — W. Wundt. Untersuchungen zur Mechanik der Nerven und Nervencentren. — Mildner. Beobachtungen aus der Landesirren-Siechenanstalt zu Klosterneuburg. — Langwieser. Versuch einer Mechanik der psychischen Zustände. — Kjellberg. Mittheilungen aus dem Journale des ärztlichen Vereines in Upsala. — v. Krafft-Ebing. Tobsucht aus Anämie. — Fielding Blandford. Die Geisteskrankheiten und ihre Behandlung. — John Gray. Die Abhängigkeit des Irrsinns von physischen Krankheiten. — Max Huppert. Balkenmangel bei einem epileptischen Geisteskranken.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 24. Juni 1871.

Der Vorsitzende, Herr Director Dr. Spurzheim, verliest ein vom Herrn Reg. Rath Prof. Beer eingelaufenes Schreiben, in welchem derselbe mittheilt, dass er aus Gesundheitsrücksichten sich genöthigt sehe, von der Redaction des „Centralblattes“ zurückzutreten.

Herr Dr. Friedrich verlas hierauf folgendes Gutachten des Hrn. Dr. Grabacher:

Gutachten über eine angeblich geisteskranke Brandlegerin.

Von Dr. Anton Grabacher, k. k. Bezirksarzt in Waidhofen.

Am 9. Jänner 1870 wurde Maria Braun, angeblich geisteskrank und der Brandlegung verdächtig, vom k. k. Untersuchungsgerichte zu Waidhofen a. d. Thaya in die hierortige allgemeine Krankenanstalt zur Beobachtung und Constatirung ihres Geisteszustandes abgegeben.

Sie stand im Verdachte Tags vor ihrer Einlieferung zum Gerichte in der Scheune des elterlichen Hauses Feuer gelegt zu haben, welches

jedoch von den Nachbarn rechtzeitig bemerkt und noch vor dem völligen Ausbruche gelöscht worden war.

Sie benahm sich im Laufe der ersten 24 Stunden nach ihrer Aufnahme derart aufgeregt und ungestüm, dass ihr bei dem Mangel anderer Zähmungsmittel die Zwangsjacke angelegt und schwache Diät angeordnet wurde.

Sie schrie ohne Unterlass mit heiserer Stimme und im eintönigsten kreischenden Ausdrucke „zu meiner Mutter will ich, heim will ich gehen, zu meiner Mutter möchte ich" u. dgl. m. So verging der Abend und die Nacht und erst am darauf folgenden Tage wurde sie ruhig und fügsam, so dass ihr die Zwangsjacke abgenommen und eine ausgiebigere Diät bewilligt werden konnte. Ausser der eben erwähnten Aufregung waren Zeichen von Erkrankung oder Fieber an der Untersuchten nicht wahrzunehmen.

Maria Braun, 30 Jahre alt, in Gross-Siegharts, Bezirkshauptmannschaft Waidhofen a. d. Thaya gebürtig, daselbst im ununterbrochenen Aufenthalte, Stieftochter des Kleinhausbesitzers Franz Graf, ist geimpft, hat Kopfgrind und Masern überstanden, und gibt an als Kind noch öfter krank gewesen zu sein, ohne zu wissen, an welchen Krankheiten sie gelitten habe; ebenso weiss sie nicht, in welchem Lebensjahre sie die Reinigung zum Erstenmale bekam. Sie hat lesen, schreiben und auch rechnen gelernt. Nachdem sie aus der Schule entlassen worden war, lernte sie Bandmachen, was sie ihrer Angabe nach noch heute betreibt.

Sie ist kaum 4 Schuh hoch, schwach genährt und hat ungewöhnlich stark nach rechts verschobenes und Sförmig verkrümmtes Rückgrat mit rechtseitigem Höcker; das Becken ist verschoben und steht die linke Hüfte mindestens um einen halben Zoll höher als die rechte.

Maria Braun sieht kränklich aus, hat kleinen Kopf, braunes, kurzes, schütterstehendes Kopfhaar, welches wie durch Gewaltanwendung abgerissen worden zu sein scheint; blaue Iris, ovales Gesicht mit geistlosem Ausdruck, niedere Stirne, kurzen Hals, verschobenen Brustkorb und täppischen, etwas hinkenden Gang.

An der Grenze des behaarten Theiles vom Kopfe, am Scheitel war bei ihrer Aufnahme ins Spital eine kleine, etwa einen halben Zoll lange, gequetschte und bereits überschorfte Hautwunde zu sehen, und allenthalben am Rücken des Körpers und an den Gliedmassen zeigten sich Beulen, Striemen, Blutunterlaufungen und am rechten Ellbogen ein erst vor Kurzem abgelaufener Furunkel.

Zur Arbeit und Thätigkeit zeigte Maria Braun während ihres Aufenthaltes im Spital weder Geschick noch Neigung; desto mehr hingegen bemerkte man an ihr Hang zum Nichtsthun und Eigensinn; zur Bosheit und Hinterlist.

Eines Tages erspähte sie den Augenblick, um der sie überwachenden Wärterin zu entwischen und sofort zu entlaufen. Der Versuch

misslang jedoch; sie wurde auf der Flucht eingeholt und zurückgebracht. Auf die Frage, warum sie zu entfliehen gesucht habe, gab sie zur Antwort, sie habe nach Hause zu ihrer Mutter laufen wollen, da sie es hier nicht länger aushalten könne.

Nachdem das Stadium der Aufregung und unbändigen Geberdung nachgelassen hatte, benahm sich Maria Braun gefügiger und antwortete auf die verschiedensten an sie gerichteten Fragen mit einem gewissen Grade von Verständniss: bewies aber nichts desto weniger Mangel an Unterricht, Erziehung, geistiger Entwicklung und Ausbildung.

Sie war unter Anderm im Stande, die eine oder die andere Stelle aus irgend einem Buche, z. B. einem Gebetbuche zu lesen, aber nicht besser, als es eine Schülerin der untersten Classe der Volksschule vermocht haben würde, so dass an eine Auffassung des Gelesenen von Seite der Leserin nicht gedacht werden konnte.

Klare Erkenntniss ihrer Lebensverhältnisse, sowie Anhaltspunkte für das Vorhandensein sittlicher oder religiöser Bildung waren an ihr nicht wahrzunehmen.

Wenn sie sich fernerhin bis zur Entlassung aus der Krankenanstalt fügsam und ruhig verhielt und nicht wie Anfangs Tag und Nacht hindurch unruhig und ungeberdig war, so dürfte diess wohl der Furcht und der Einschüchterung, unter deren Einfluss sie gestellt war, aber auch der ruhigen und humanen Behandlung, die sie genoss, zugeschrieben werden.

Maria Braun gab auf Befragen wiederholt und beständig an, dass sie zu Hause namentlich von der Mutter und Tante bei den unbedeutendsten Anlässen mit Wort und That arg beschimpft und misshandelt worden war; der Stiefvater sei jedoch, so sagte sie, besser und nachsichtiger gewesen.

Aus den von ihr abgelegten Aussagen war zu entnehmen, dass sie wirklich das Feuer in dem Schupfen des oben bezeichneten Hauses gelegt haben mochte; ja sie sagte sogar, dass sie diess nur darum gethan habe, weil sie vorher bei jeder, auch der geringsten Veranlassung mit Schlägen und Misshandlungen übel zugerichtet worden sei, und sich endlich von dem Gefühle der Verzagtheit und Verzweiflung habe hinreissen lassen, in der Meinung, dass sie von nun an nicht mehr geschlagen und misshandelt werden würde; sie habe nicht daran gedacht, dass den Nachbarn oder gar dem Markte Gross-Siegharts durch ihre That ein Schade hätte zugefügt werden können.

Maria Braun war, wie bereits bemerkt, während ihres Aufenthalts im Spitale vom 9. Jänner bis 19. Februar 1870 unter den auf sie einwirkenden Einflüssen ruhiger, folgsamer und fügsamer geworden. Vertrauenswürdig wurde sie nicht, sondern bedurfte beständig der sorgsamsten Ueberwachung und Beaufsichtigung.

Auf Grund dieser Thatsachen wurde über den Geisteszustand der Maria Braun das nachfolgende Gutachten abgegeben:

„Maria Braun ist körperlich und geistig in der Entwicklung und Ausbildung zurückgeblieben; sie ist geistig verwahrlost, körperlich verkrüppelt, hat Hang zu gedankenlosem Müssiggang, Eigensinn und zur Bosheit; sie ist offenbar geistesschwach, ohne eine bestimmte Form von Geistesstörung an sich zu tragen; sie kann aber auch mit Rücksicht auf die eben constatirten Gebrechen nicht als zurechnungsfähig, muss aber in Hinblick auf die von ihr aller Wahrscheinlichkeit nach verübte Brandlegung als gemeinschädlich und gefährlich erkannt werden.“

„Sie ist unzweifelhaft ein Opfer vernachlässigter Obsorge und Erziehung von Seite ihrer Eltern, denen es, wenn die Aussagen der Untersuchten bezüglich der erlittenen Misshandlungen auf Wahrheit beruhen, schwer angerechnet werden muss, ihre unglückliche, körperlich verkrüppelte und geistig verkümmerte Tochter durch Härte und Grausamkeit nur noch unglücklicher gemacht zu haben.“

„Dass Maria Braun körperlich verletzt und sogar mit einer gewissen Rohheit misshandelt und geschlagen worden sei, dafür hatten die oben beschriebenen Spuren und Merkmale der zugefügten Körperverletzungen und die sichtlich gewaltsam abgerissenen Kopfhaare unabweislich Zeugniss gegeben.“

Für die Abgabe der Untersuchten in eine öffentliche Irrenanstalt dürfte bei dem Umstande, als eine bestimmte Geistesstörung nicht vorliegt, der Antrag nicht gestellt werden können. Maria Braun kann aber auch, ohne die Bewohner ihres Heimatsortes Gross - Siegharts neuen Gefahren auszusetzen, ihren Eltern und Verwandten nicht zurückgegeben werden, da die Befürchtung nahe liegt, dass die Genannte, wenn wieder argen Misshandlungen ausgesetzt, eine neuerliche Brandlegung als Racheact ausführen und so möglicher Weise unabsehbares Unheil anrichten könnte.“

„Es dürfte demnach nur noch erübrigen, dass sie zur Beaufsichtigung, Ueberwachung und etwa noch möglichen Erziehung und Besserung in eine öffentliche Anstalt für verwahrloste, verkommene, arbeitsscheue Individuen aufgenommen werde. Ob und in wie weit die anzustrebenden Zwecke Dank den Institutionen und der Methodik einer solchen Anstalt erreicht werden können, darüber dürfte wohl erst eine längere Beobachtungszeit genügenden Aufschluss zu geben vermögen. Leider dürfte die Hoffnung eines glücklichen Erfolges nur als eine sehr geringe und zweifelhafte bezeichnet werden.“

Der von Maria Braun ausgeführte Act von Brandlegung dürfte nach dem Urtheile des Unterzeichneten als ein Racheact gegenüber argen Misshandlungen angesehen werden. Auffallend ist es aber immerhin, dass die Misshandelte gerade die Brandlegung als solchen wählte.

Von dem Vorhandensein eines Brandstiftungstriebes dürfte im vorliegenden Falle nicht die Rede sein; wohl aber dürfte es nahe lie-

gen zu vermuthen, dass die Thäterin überdrüssig der erlittenen Misshandlungen in einer Anwandlung von Verzagtheit und Verzweiflung zum nächst besten Mittel griff, um sich einerseits zu rächen und anderseits gegen fernere Qualen zu verwahren, ohne zu überlegen und bei ihrer erwiesenen Geistesschwäche überlegen und beurtheilen zu können, welche Folgen der Act einer Brandlegung nach sich ziehen könnte.

Nachdem das k. k. Untersuchungsgericht zu Waidhofen a. d. Th. sich dem Ausspruche der Sachverständigen — des Unterzeichneten und des med. Dr. Franz Bentz in Gross-Siegharts — angeschlossen und die Untersuchte als geistesschwach und unzurechnungsfähig anerkannt hatte, wurde dieselbe aus der Krankenanstalt entlassen und sofort von der hierortigen k. k. Bezirkshauptmannschaft der Gemeinde Gross-Siegharts mit der Weisung zurückgegeben, für die fernere Beaufsichtigung und Ueberwachung Sorge zu tragen.

Da sich eine weitere Discussion an diesen Vortrag nicht knüpfte, schloss der Vorsitzende die Sitzung und lud die Vereinsmitglieder ein, nach den Ferien im Monate October wieder zusammen zu treten.

Untersuchungen zur Mechanik der Nerven und Nervencentren.

Von Prof. W. Wundt. 1. Abtheilung. Erlangen 1871, Enke.

Von Wundt's Untersuchungen zur Mechanik der Nerven und Nervencentren liegt bis jetzt die erste Abtheilung, welche vom Verlauf und Wesen der Nervenerregung handelt, vor.

Was über den Verlauf der Nervenerregung gesagt ist — Altes und Neues — auch nur im Auszuge hier zu wiederholen, ist unmöglich, indem es den weitläufigsten und bestbearbeiteten Theil der gesammten Nervenphysiologie darstellt mit genauer Angabe der zweckmässigen Methoden. Der Hinweis auf die Originalarbeit ist in diesem Falle keine Ausflucht, vom Ref. zu seiner Bequemlichkeit ersonnen, sondern vielmehr ein Act der Nothwendigkeit und zugleich der Gerechtigkeit gegen den Autor.

Am Schlusse der 1. Abtheilung des Werkes befindet sich jedoch ein Versuch die sämmtlichen im vorhergehenden experimentell abgeleiteten Gesetze theoretisch aus gewissen Annahmen über die Natur der Vorgänge im Nerven abzuleiten — Annahmen, welche mit unseren sonstigen Anschauungen über die molecularen Vorgänge im Organismus übereinstimmen.

Es werden zunächst 2 Arten von Arbeit am Nerven unterschieden. Diejenigen Vorgänge chemischer Natur, welche zur Ernährung und Erhaltung des Nerven nothwendig sind, stellen seine „innere Molecular arbeit“ dar. Sie bestehen im Wesentlichen im Zerlegtwerden hochzusammengesetzter und zugleich niedrig oxydirter Stoffe in einfach zusammengesetzte und dabei hoch oxydirte. Hierbei wird lebendige Kraft frei und darum heisst dieser Theil der inneren Arbeit „positive Molecular arbeit“. Ausser diesen vollziehen sich im Innern des Nerven Vorgänge, welche in einem Wiederaufbau der complicirten und sauerstoffarmen Verbindungen bestehen und welche die „negative Molecular arbeit“ darstellen; hierbei wird lebendige Kraft in Spannkraft umgewandelt, sie wird gebunden.

Die Arbeit, welche durch einen von aussen her auf den Nerven einwirkenden Reiz dargestellt wird, heist „Reizarbeit“ und sie stellt zusammen mit der Arbeit, welche vom gereizten Nerven auf seinen Muskel übertragen wird, die „Erregungsarbeit“, die äussere Arbeit vor. Die im Nerven nach Einwirkung eines Reizes freigewordenen Kräfte werden jedoch nicht in ihrer Gesammtheit zur Auslösung mechanischer Effecte (im Muskel) verwendet, sondern ein Theil derselben wird in innere Molecular arbeit der Nerven umgewandelt; auch dieser Antheil gehört, so lange er diese Umwandlung in innere Arbeit noch nicht erlitten hat, zur Erregungsarbeit.

Es folgen nun mehrere Sätze, welche bestimmt sind aus diesen Prämissen die bekannten Vorgänge am gereizten Nerven abzuleiten. Einer der wichtigsten ist der Zweite: „Stets wird die dem Nerven zugeführte Reizarbeit zunächst in innere Molecular arbeit umgewandelt und erst aus der letzteren geht die Erregungsarbeit hervor.“ Es wird gezeigt, wie durch jede Reizarbeit die innere Mollecular arbeit wesentlich verändert wird und wie ein Theil dieser Veränderung als Verstärkung, ein anderer als Verminderung der Erregungsarbeit, als Hemmung sich geltend macht. Aus der Quantität und dem zeitlichen Verlaufe dieser Einzelvorgänge, aus der Art, wie eine Phase derselben auf die nächstfolgende einwirkt, ergibt sich ein Verhältniss des Gesammtresultates derselben, nämlich der Erregungsarbeit zur Reizarbeit, welches, weit entfernt davon, eine einfache Proportion zu sein, eben die Hauptsätze der Nervenphysiologie darstellt. Bezüglich der Details dieser Theorie muss ebenfalls auf das Original verwiesen werden *).

Dr. Ernst Fleischl.

---

*) Es soll diese kurze Anzeige des 1. Bandes nur die Aufmerksamkeit der Leser im Allgemeinen auf dieses wichtige Werk hinlenken und erst bei Erscheinen des 2. speciellen Theiles, welcher die Mechanik des Centralorganes behandeln und dadurch die Berührungspunkte des psychiatrischen Interesses noch mannigfaltiger hervortreten lassen wird, werden wir Anlass zu einer eingehenden Würdigung des Werkes nehmen. (Die Red.)

Beobachtungen aus der Landesirren-Siechenanstalt zu Klosterneuburg.

Nach Mittheilungen des Dr. Mildner, dirigir. Arzte.

Bei einem zur Aufnahme gekommenen Kranken trat im Verlaufe der psychischen Störung eine seltener vorkommende Metamorphose ein. — Der Kranke, welcher in einem Zeitraume von 9 Jahren viermal in verschiedene Irrenanstalten wegen melancholischen Aufregungen gebracht werden musste und schliesslich im Verlaufe eines Darmkatarrhes binnen wenigen Stunden unter den Symptomen eines acuten Lungenleidens verschied, (die Section wurde nicht gestattet) war durch einige Tage von dem Wahne beherrscht, ein Frosch zu sein. Als wir nämlich in den Gang der Anstalt zum Besuche des Kranken kamen, hörten wir das nachgeahmte Quaken eines Frosches.

Wir näherten uns dem Kranken, welcher beim Fenster stand, den Himmel anstarrte und fleissig fortquakte. Wir frugen ihn, warum er sich dem Gelächter seiner Mitpatienten durch dieses Manöver aussetzte; allein mit Pathos kehrte er sich gegen uns, und zeigte mit den Fingern der aufgehobenen Hand gegen den Himmel und frug: „Sehen Sie diese Wolken? Diese Wolken zeigen Regen an; ich als Frosch muss dies den Menschen verkünden.“

Auf die Bemerkung er sei doch ein Mensch und kein Frosch, kehrte er uns verächtlich den Rücken und quakte weiter.

Diese Wahnvorstellung währte nur 3 Tage; während welcher der Kranke jedesmal zu quaken begann, wenn er zum Fenster trat und Wolken am Himmel erblickte. Mit demselben Rechte als man ähnliche Metamorphosen mit Lykanthropie, Kynanthropie etc. bezeichnete, könnte man die eben geschilderte Batrachanthropie nennen.

Von den Sectionsresultaten in diesem Monate verdienen namentlich zwei Fälle, ihres selteneren Vorkommens wegen, eine genauere Schilderung.

Bei dem einen Falle fand man an der Basis des Gehirnes eine von Cruveilhier und Virchow mit Perlgeschwulst, von J. Müller mit Cholesteatom bezeichnete Geschwulst; im anderen Falle waren zahlreiche Blasenwürmer in der Hirnrinde eingebettet, ein bekanntlich nicht seltener Befund; allein da man zwei der Cysten am Geruchslappen lagernd vorfand, welche die während des Lebens beobachteten, abnormen Geruchsempfindungen auf ihre materielle Basis zurückführen, so bietet auch dieser Fall ein grösseres Interesse dar.

Im ersten Falle zeigte sich an der Basis des Grosshirns von den inneren Hirnhäuten ausgehend, ein Convolut von Tumoren, welche an ihrer Oberfläche einen auffallenden Perlenmutterglanz darboten.

Die vordere, kleinere Partie bestand aus mehreren mohnkorn- bis haselnussgrossen unregelmässig runden Blasen. — Dieselben lagerten

auf der linken Hälfte der Hirnbasis, zwischen dem gegen die rechte Seite verdrängten Trichter und dem Tractus opticus, welchen letzteren die Geschwülste vom äusseren Kniehöcker anfangend, bis zum Chiasma und somit auch das linke Corpus mammillar., die äusseren Partien des linken Hirnschenkels und die hintere Lamina cribrosa, bedecken.

Die grössere Geschwulst reicht von der Längsfurche des Marknotens, die ganze linke Hälfte dieses Hirntheiles überziehend, bis zum Ende des vorderen oberen Lappens des Kleinhirns in einer Länge von $1^3/_4$ und einer Breite von $1^1/_2$ Zoll von der Spitze des ersten Umwindungszuges des Schläfelappens bis zur Flocke und ihrem Stiele, so dass sie auf folgende der linken Seite angehörigen Theile einen Druck ausübte: Auf den Pons, den Quintus, weniger den Oculomotorius, Trochlearis, Abducens; ferner auf die Hakenwindung sammt dem Ammonshorne, den Hirnschenkel, besonders den Schleifentheil der Haube, auf die Flocke und ihren Stiel, endlich auf den Bindearm, theilweise auch auf die Ursprungsstellen des Facialis, Glossopharyngeus, Acusticus und Vagus. — Die Geschwulst bestand aus einem perlmutterglänzenden Ueberzuge, in welchem eine granulirte, quarkartig, wie kleinschuppig geordnete Masse befindlich ist. — Nebstdem fand man chronischen Hydrocephalus und ausgebreitete Tuberculose in den Lungen, im Bauchfellsacke, Uterus, Ovarien und Morsus diaboli.

Die Kranke hatte keine erbliche Anlage zu Geistesstörung, litt bald nach ihrer Geburt durch mehrere Tage an Convulsionen, blieb hierauf gesund bis zu ihrem 10. Lebensjahre, zu welcher Zeit sie einen Typhus überstanden haben soll, worauf die ersten epileptischen Anfälle auftraten. Diese Anfälle wirkten deprimirend auf ihr Gemüth, sie sah ein, dass sie mit dieser Krankheit behaftet keine glänzende Aussicht auf eine bessere Zukunft, insbesondere auf eine Heirath hatte, ungeachtet ihre äussere Erscheinung eine einnehmende war.

Als sie die Dreissiger Jahre erreichte und ihr Liebhaber sie verliess, wurde sie melancholisch, reizbar und ergab sich der Masturbation. Die epileptischen Anfälle wurden häufiger, die Menstruation unregelmässig, intensive Angstgefühle und tobsüchtige Aufregungen traten auf und erheischten die Unterbringung der Kranken in eine Irrenanstalt.

Schon bei der Aufnahme am 19. November 1869 beobachtete man paretische Erscheinungen in der linken Gesichtshälfte, der rechte Mundwinkel stand tiefer, die linke Pupille ist, jedoch nicht constant, weiter als die rechte.

Die epileptischen Anfälle traten 4—5 mal in jeder Woche ein. Die Kranke gab an, dass sich als Vorläufer heftige Schmerzen im Epigastrium mit Ructus einstellen, sie klagt über Angstgefühle, auch entwickelten sich nach und nach immer deutlicher die Symptome der Tuberculose.

Am 6. Jänner 1870 zeigt sich beim Druck grosse Empfindlichkeit über der Schamfugengegend und bei der Percussion eine über Handteller grosse Dämpfung.

Am 18. Jänner: Unruhe, Angst, schreit „sie habe Feuer vor den Augen, sie müsse verbrennen.“

Am 9. Februar klagt sie über ein Gefühl als wäre ihr Leib zusammengeschnürt, behauptet der Boden unter ihr bewege sich, sie werde vorzüglich auf der linken Körperhälfte durch die Mauer mit dünnen Eisenstangen gestochen.

Am 16. Februar räumt sie ihr Bett aus, weil sie fortwährend gepeinigt und gestochen wird; manchmal hat sie das Gefühl, als ob das Leintuch an ihrem Körper kleben bliebe oder als würde sie in Stücke zerrissen.

Am 24. Februar bleibt sie nicht im Bette, weil ihr ehemaliger Geliebter ihr keine Ruhe lasse, auch sieht sie verschiedene Gestalten an der Wand.

Am 11. November 1870 wurde sie in die Anstalt nach Klosterneuburg übersetzt, woselbst die angeführten Symptome sich häufig wiederholten; sie war bereits geistesschwach, blieb immer in trüber Gemüthsstimmung, verlangte oft Gift, drohte sie werde sich aufhängen.

Seit dem Beginne des Jahres 1871 zeigte die Kranke eine immer mehr zunehmende Schlafsucht, besonders in den letzten 14 Tagen lag sie bei zunehmenden, durch die Tuberculose erzeugten Respirationsbeschwerden wie comatös da. — Schlug sie nach längerem Anrufen die Augen auf, so äusserte sie erschreckt, sie sehe nichts, nur an der Stimme erkenne sie die Personen; erst nach Verlauf einiger Minuten war es ihr möglich, die vor ihr stehende Person zu unterscheiden; sie klagte auch über Schwerhörigkeit.

Bei zunehmender Pulsfrequenz steigerten sich die Respirationsbeschwerden; zwei Tage vor dem Tode wurde Patientin comatös; sie starb am 23. Mai 1871 unter vorwiegenden Hirnlähmungserscheinungen.

Vergleicht man nun die Symptomenreihe mit dem Sectionsbefunde, so wäre zu bemerken, dass sich die Perlgeschwulst nur sehr langsam entwickelt hat und deshalb Anfangs nur vorübergehende Störungen in der Hautsensibilität und dem Gesichtssinne und erst bei fortschreitendem Wachsthum constantere Erscheinungen erzeugte, dagegen im motorischen Apparate, vielleicht durch den Druck auf das Ammonshorn die epileptischen Krämpfe, durch den Druck auf den Facialis, Gesichtslähmung bedingte.

Unter den vielen Symptomen indessen verdienen ganz besonders die illusorisch aufgefassten Hautsensationen genannt zu werden, indem die Kranke nur einzelne Stiche oder Zwicker und zwar vorwiegend auf der linken Seite fühlte, während die beschriebene Geschwulst

ihren Druck theils auf den Hirnschenkel, jedoch auch auf jene Partie der Haube, wo die Schleife verläuft, ausgeübt hat. — Endlich kann angenommen werden, dass die Tuberculose, die im Uterus und den Ovarien nachgewiesen wurde, einen bedeutenden Reiz auf die Geschlechtsorgane erzeugt und die Kranke zur Masturbation getrieben hat.

Im zweiten Falle wies die Section bei einer 22 Jahre alt gewordenen Taglöhnerstochter, die ebenfalls an Tuberculose starb, in der Hirnrinde mehrere Cysticerken, Cysten von der Grösse einer Haselnuss nach.

Derlei Cysten sassen eine an der Spitze des linken Stirnlappens, an der Spitze des Hinterhauptlappens, in der Mitte des ersten Umwindungszuges des linken Schläfelappens, eine am Ende der Rollandoschen Furche bei der Incisura Sylvii. — Besonders hervorzuheben sind zwei an der Hirnbasis befindliche Cysten, deren eine kleinere, erbsengrosse an der äusseren Seite des linken Riechkolbens sass und denselben aus seinem Sulcus rectus verdrängte, eine andere kleinbohnengrosse an der inneren Seite der Ursprungsstelle des rechten Riechlappens, wodurch die innere und mittlere Wurzel dieses Riechlappens verdrängt und der sogenannte Riechnerv von dieser Stelle bis zu seiner Mitte um die Hälfte dünner als der rechte gefunden wurde. — Beginnende Hirnatrophie mit secundärem Hydrocephalus, ausgebreitete Tuberculose der Lungen und des Darmkanals, Muskatnussleber und Brightische Niere waren der weitere Sectionsbefund.

Bei der betreffenden Kranken hatten sich schon in ihrem 16. Lebensjahre ohne bekannte Veranlassung unter heftigen Hirncongestionen und Kopfschmerzen die psychischen Störungen entwickelt, welche in der Form melancholischer Aufregung mit Verfolgungswahn und Sinnestäuschungen des Geruches und Geschmackes, sowie auch des Gesichts und Gehörs aufgetreten waren. Insbesondere traten die Geruchshallucinationen hervor, in Folge deren die Kranke häufig hartnäckig abstinirte. Sie behauptete, man gebe ihr Gift in die Speisen, sie erkenne das nicht nur an dem bitterlichen Geschmack, sondern ganz besonders an dem ekelhaften Geruche derselben.

Gleichzeitig traten geschlechtliche Erregungen in den Vordergrund; sie gab an, dass Männer sie des Nachts überfallen, um sie zu schänden etc.

Die Kranke starb am 8. Mai 1871 an fortschreitender Tuberculose, nachdem sie 6 Jahre an dem erwähnten psychischen Zustande gelitten hatte.

Versuch einer Mechanik der psychischen Zustände.

Von Dr. Langwieser, Secundararzt an der Landesirrenanstalt zu Ybbs.

(Wien 1871, Verlag von C. Czermak.)

Verf. geht von der Ansicht aus, dass die Befragung unseres Selbstbewusstseins nicht hinreichenden Aufschluss geben kann über das Wesen der psychischen Zustände; wollen wir das wahre Wesen derselben erkennen, so müssen wir uns nur an das halten, was sie in Wirklichkeit leisten. Haben wir diese Leistung erkannt, dann fragen wir mit welchen mechanischen Mitteln eine solche Leistung vollbracht werden könnte. Dem Menschen stehen mannigfaltigere Hilfsmittel als einem anderen Wesen des Erdballs zu Gebote, und es wird zunächst die Frage entstehen, wie er sich die Mannigfaltigkeit seiner motorischen Hilfsmittel erwirbt und wie er die Auswahl seiner Thätigkeit trifft. Es zeigt sich dabei, dass sein Organismus die Fähigkeit besitzt, etwas zu erlernen, sich Fertigkeiten anzueignen, dass diese Fertigkeiten nur eines psychischen Impulses zu ihrer Ausführung bedürfen, während ohne erworbene Fertigkeit dieselbe Reihe von Bewegungen eben so vieler Willensimpulse bedarf, als aus wie vielen Elementen sie zusammengesetzt ist. Die Erwerbung von Fertigkeiten geschieht durch die Uebung.

Zur Erklärung der Verbundenheit mehrerer Bewegungen ist anzunehmen, dass die centralen Anfänge der Nervenbahnen, die bei einer bestimmten zusammengesetzten Bewegung in Anspruch genommen werden, in gegenseitige Verbindung gebracht werden und dadurch zur Bildung eines centralen Apparates für einen bestimmten motorischen Effect, zur Herstellung eines Specialorganes einer Fertigkeit verwendet werden. Dieser Apparat ist sodann ein einheitliches Gebilde. — Aehnliche Vortheile, wie mit der Erlernung von Fertigkeiten erwirbt sich der Organismus auch, indem er sich vorbereitet, die durch die Sinnesorgane auf ihn einwirkenden Reize der Aussenwelt mit eigenen Aufnahmsapparaten zu empfangen.

Auch diese Aufnahmsapparate haben die Aufgabe eine bestimmte Summe zerstreuter Einwirkungen zu einer einheitlichen Gesammtwirkung zusammenzufassen. In dieser Zusammenfassung liegt ihre Leistung; sie nehmen die ersten Einwirkungen auf, ordnen sie und leiten sie in einen entsprechenden motorischen Apparat hinüber. Zwischen Aufnahms- und motorischem Ableitungsapparat eingeschaltet liegt der Process der Ueberlegung. Der Organismus bereichert sich fortwährend mit solchen Apparaten der Aufnahme und der Ableitung seiner centralen Erregungen; die Systemisirung dieser Apparate geschieht durch Vermeidung aller Umwege und unnöthiger Wiederholungen derselben Bahnassociationen.

Durch diese Systemisirung werden diese Apparate zu Begriffsapparaten und ihre motorischen Ausführungsgebilde zu Wörtern.

Soll die Auswahl der zu ergreifenden Thätigkeit oder die Ueberlegung des einzuhaltenden Benehmens, wie es nothwendig ist, im Interesse des Organismus erfolgen, so muss der Organismus Alles, was in das Bereich seiner centralen Nervenvorgänge fällt, auf sich selbst, auf sein Selbsterhaltungsinteresse beziehen können. — Dies erreicht der Organismus auf folgende Weise: Die vorhandenen Aufnahmsapparate erweisen sich in vielen Fällen als unzureichend und mangelhaft, somit ist auch die Ableitung der gesetzten Erregung eine unvollständige, der Erregungszustand der Centralorgane ein schwankender.

Hätten wir nun ein Specialorgan, das gerade von diesen Erregungsschwankungen berührt würde und das diese internen Verhältnisse begrifflich verarbeitete, so wäre dieses Organ, das Organ der Subjectivität des Organismus. Ein solches Organ würde nicht von äusseren Reizen berührt werden, sondern nur von den Schwankungen im Erregungszustande der Centralorgane. Sein rückwirkender Einfluss erstreckte sich ebenfalls nicht auf eine directe Einwirkung von Aussen, sondern auf einen hemmenden oder unterstützenden Einfluss auf die in den Centralorganen verlaufenden Processe. Damit ist die Möglichkeit eines regulirenden Einflusses auf diese Processe gegeben.

Das Subjectivitätsorgan müsste seinen entscheidenden Einfluss aber immer in der Richtung geltend machen, dass davon die Beruhigung centraler Erregungszustände resultirte. Dadurch ist die Beziehung auf das eigene Interesse des Organismus hergestellt, die begrifflichen Processe werden in Beziehung zur Subjectivität gebracht, d. h. ins Bewusstsein erhoben. — Mangelt dem Subjectivitätsorgan der entsprechende Reiz, d. h. jede Erregungsschwankung, so unterbleibt seine Thätigkeit; dies gibt den Schlaf, die in den Begriffsapparaten verlaufenden Processe ermangeln des regulirenden Einflusses des Subjectivitätsorganes und bilden die Träume.

Die krankhafter Weise im wachen Zustande einseitig in den Begriffsapparaten verlaufenden Processe mit momentaner Unterbrechung der regulirenden Thätigkeit des Subjectivitätsorganes, sind Hallucinationen.

Bezüglich der näheren Begründung der besprochenen Verhältnisse müssen wir auf die angezeigte Schrift selbst verweisen.

Leidesdorf.

Mittheilungen des Professors Dr. Kjellberg.

(Aus den Läkareförenings Förhandlingar. Upsala 1871).

In den bis jetzt vorliegenden 6 Heften des neuesten Jahrganges finden sich mehrere beachtenswerthe Aufsätze des verdienstvollen Professors der Psychiatrie und Irrenhausdirectors zu Upsala Dr. G. Kjellberg.

Der schon im Jahre 1869 begonnene Aufsatz über Idiotie und Erziehungsanstalten für geistesschwache Kinder findet seinen Abschluss in einer Zusammenstellung und kurzen kritischen Skizze der jetzt in Europa bestehenden bezüglichen Anstalten. Oesterreich ist bekanntlich nach dieser Seite gar nicht vertreten, findet desshalb auch in obigem Aufsatze keine Erwähnung, da dem Verfasser zum Glücke ein vor Kurzem polizeilich aufgehobenes, in der Nähe Wiens bestandenes Institut unbekannt geblieben war.

In einem weiteren Aufsatze bespricht Kjellberg wieder einen Fall von paralysis generalis, eine Krankheitsform, welche in den schwedischen Anstalten verhältnissmässig sehr selten vorzukommen scheint, da das Jahr 1870 einen Einzigen wirklich in die Upsala-Anstalt brachte, und ein Zweiter nur erst um die Aufnahme ersuchte (bei einer jährlichen Aufnahme von etwa 30 Kranken, Ref.) Verfasser ist bereits seit einem Jahrzehent der Ansicht, dass Gehirnsyphilis das zu Grunde liegende Leiden sei, und behandelt deshalb diese Fälle, wenn nicht gewichtige Gründe dagegen sprechen, mit Mercurial-Einreibungen und Jodkali. Die Erfolge, wenn auch, wie denkbar, nicht gerade glänzend, scheinen doch bei einer so trostlosen Prognose, wie diese Form sie bietet, nicht ohne Interesse und fordern zu neuen Versuchen auf, um so mehr als die Wahrheitsliebe und strengste Gewissenhaftigkeit des Verfassers aus jedem Worte hervorleuchtet.

Das Chloralhydrat, dieses neueste Solamen der practischen Psychiater wurde natürlich auch von Kjellberg vielfältig angewendet, und bringt ihn nach dem soeben erschienenen Aufsatze zu folgendem Endurtheile:

Chlorallösung allein ist angezeigt:

1. Bei aufgeregter Melancholie, Schlaflosigkeit, Hallucinationen, Selbstmordtrieb.
2. Bei einfacher Melancholie, wenn der Schlaf weniger als 4 Stunden dauert.
3. Bei acuter Manie, wenn Vorläufer eines neuen Anfalles sich zeigen aber der Ausbruch noch nicht erfolgt ist.

Er gibt 10 Gramm des Mittels in 40 Gramm Wasser und 80 Gramm Syrup Aurantii; 1—2 Esslöffel während der Nacht. Als Klystier, wo der Magen das Mittel nicht verträgt, in derselben Dosis jedoch

mit Decoct. Avenae. Er hat bis jetzt keinen Unglücksfall mit Chloral erlebt, doch räth er zur Vorsicht.

Chloralhydrat mit Morphin, und zwar 5 Gram. Chloral mit 0·03 Gram. Acet. morph. in 160 Gram. Aq. menth. pip. 3stündlich einen Esslöffel empfiehlt er bei acuter Manie, am Schlusse der Anfälle, wenn der kritische Schlaf nicht eintreten will, und bei chronischer Manie, wenn der Anfall unverhältnissmässig lang dauert, und der Uebergang in bleibendes Delirium zu befürchten steht.

Dr. Obersteiner sen.

Tobsucht aus Anämie.

Von Dr. v. Kraft-Ebing.

(Irrenfreund Nr. 4—5, 1871.)

Der Verfasser führt einen Fall an, den er als Beispiel einer auf Anämie des centralen Nervensystems beruhenden Tobsucht geltend macht. In der einleitenden Besprechung erinnert Verfasser an einen anderen von ihm beobachteten Fall, wo eine Herzkranke, so oft ihr Ascites durch die Punction entleert worden war, neben anderen Erscheinungen von centraler Anämie tobsüchtig wurde. Er erklärt diese Erscheinungen durch Wegfall des Druckes auf die Abdominalgefässe und consecutive Hirnanämie, denn mit wachsendem Ascites verschwinden wieder die Tobsuchtsanfälle und das Bild der Hirnanämie.

Im weiteren Verlauf wird der zu besprechende Fall geschildert, den wir in Kürze hier folgen lassen.

Am 23. Juni 1865 kam Maria R. 39 Jahr alt, ledig, Dienstmagd zur Beobachtung. Eine erbliche Anlage zu Psychose liess sich nicht nachweisen. Die Kranke hatte ein heiteres Temperament gehabt und eine gute Erziehung genossen. Die Entwicklung war langsam, die Menstruation trat erst im 21. Jahre auf. 1851 schwerer Typhus mit Delirium, aber ohne Folgezustände. Am 2. Juni erkrankte sie an heftiger Peritonitis. Das Fieber war bedeutend. Venäsection, 30 Blutegel auf das Abdomen. Im Verlaufe der Peritonitis, welche am 7. Tage sich zur Reconvalescenz wandte, traten die Menses aussergewöhnlich profus ein, dazu kam noch heftiges Nasenbluten. Das Zusammenwirken dieser schwächenden Momente (Fieber, Antiphlogose, Verlust an Albumin durch perit. Erguss, Blutverlust durch die profuse Menses und Nasenbluten) erzeugten rasch bedeutende Blutverarmung, als deren Wirkung die folgenden Zufälle zu betrachten sind.

Am 10. Krankheitstage und am 3. der Reconvalescenz (12. Juni) wurde Patientin auffallend heiter. Heiterkeit und Aufregung steigerten sich immer mehr. Am nächsten Tage grosser Rede- und Bewe-

gungsdrang, hochgradige, tobsüchtige Aufregung, grosse Bewusstseinsstörung, Verkennung der Umgebung, Sinnesdelirien. In den folgenden Tagen hatte sich maniakalischer Grössenwahnschwindel vollkommen ausgebildet. Bei der Aufnahme war das Bild tobsüchtiger Aufregung und Verworrenheit mit desultorischem Grössendelirium unverändert. Die Gesammternährung war sehr gesunken, Zunge trocken, Puls 80, ziemlich weich, Eigenwärme nicht erhöht, Brustorgane normal, etwas peritoneales Exsudat noch nachweisbar. In den folgenden Tagen war der Krankheitsverlauf ein äusserst stürmischer, Verworrenheit und maniakalischer Grössenwahn dauerten fast ununterbrochen fort.

Die Therapie beschränkte sich auf diätetische Verordnungen, kräftige Bouillon mit Fleischextract, Rothwein, Eier etc., gegen die früher vorhandene Schlaflosigkeit laue Bäder bis zu $^3/_4$ Stunden und kräftiger alter Wein mit deutlicher hypnotischer Wirkung.

Noch etwa 5 Tage dauerten die früher geschilderten Erscheinungen, jedoch in immer schwächer werdender Intensität an. Mit zunehmender Ernährung verschwanden dieselben ganz und schon am 4. Juli hatte Patientin klares Bewusstsein und war auch jedweder Rede- und Bewegungsdrang gewichen. Die Reconvalescenz hielt an und Ende Juli wurde Patientin genesen entlassen. Die Genesung hat sich seither ungetrübt erhalten.

Dr. Sigmund Pollak.

Insanity and its treatment.

Von Dr. Fielding Blandford London 1871.

Dr. Blandford's Vorträge über Irrsinn und dessen Behandlung, gehalten vor einem ärztlichen Zuhörerkreis von Nicht-Specialisten sind in vorliegendem Buche wiedergegeben, das seinem Zwecke gemäss, vor allem ein Leitfaden, ein Rathgeber für die im Umgange mit Geisteskranken weniger erfahrenen Aerzte sein soll, und dies auch in gelungener Weise erreicht.

Nachdem Anatomie und Physiologie des Gehirnes kurz abgehandelt sind, wird die Pathologie des Irrseins, sein Zusammenhang mit anderen Krankheiten, besprochen, das in England behauptete häufige Zusammentreffen von Tuberculose mit Geisteskrankheit geläugnet, und endlich mangelhafte Ernährung des Gehirnes, aus welcher Ursache immer, als Hauptgrund jeder psychischen Erkrankung angegeben. An die pathol. Anatomie des Gehirnes reiht sich die Classification der Geisteskrankheiten, die nur auf Grundlage der ersteren richtig durchgeführt werden kann; da dies aber durch den jetzigen Stand unserer Kenntnisse noch

nicht ermöglicht ist, so muss man sich mit einer symptomatischen Eintheilung — Melancholie, Mania, Paralysis, Dementia — begnügen.

Bei Besprechung der Ursachen, wird das Ueberwiegen der weiblichen Kranken in England hervorgehoben, und dieses durch die grössere Sterblichkeit auf Seite der Männer, selbst abgesehen von der allgemeinen Paralyse, erklärt. — Im ferneren werden die einzelnen Symptome besprochen; gegen das Zerreissen der Kleider in acuten maniakalischen Zuständen helfen wohl starke Stoffe, geschieht dies aber mehr aus einer gewissen Art von Bosheit, so giebt es kein anderes Mittel, als die beständige Aufsicht von einem oder zwei Wärtern. — Wenn der Kranke sieht, dass ihm sein Thun nicht geduldet wird, so steht er endlich auch davon ab.

Die nächsten Kapitel beschäftigen sich mit den speciellen Formen des Irrseins. — Die kunstgerechte Methode der Fütterung mit Hilfe von 3—4 Wärtern, deren Hände, Füsse und Knie in genau vorgeschriebener Weise zur Fixirung des Kranken verwendet werden, wird eingehend beschrieben; Verfasser sagt aber, man möge diese Procedur, die 15—30 Minuten in Anspruch nimmt, vergleichen mit einer Fütterung, bei welcher der Kranke mit einem Tuche am Stuhle befestigt, der ganze Kampf mit den Wärtern vermieden und ein Zeitraum von nur wenigen Minuten gebraucht wird. — Die Erzielung eines geregelten und ausreichenden Schlafes ist ein Punkt, auf den man sein Hauptaugenmerk zu richten hat, Chloralhydrat und nasse Einwickelungen werden besonders empfohlen. — Sehr eingehend wird die allgemeine Paralyse der Irren abgehandelt, die in England die Anstalten in erschreckender Weise füllt, meist gesunde kräftige Männer befällt, und Frauen aus den höheren Klassen vollkommen verschont. Gegenüber der Angabe, dass 3 Jahre das Maximum der Lebensdauer für einen Paralytiker seien, führt Bl. einen Fall an, der seit 1858 unter gehöriger Pflege noch am Leben ist.

Zur Behebung der Schwierigkeiten, die sich bei der Ausstellung eines Zeugnisses über den Geisteszustand eines Individuums herausstellen können, gibt Verfasser auch eine genaue Darstellung von Fällen zweifelhaften Irrseins, namentlich in Rücksicht auf die moral insanity.

Wenn man englische Anstaltsberichte durchsieht, wird man überrascht von der grossen Zahl der geheilten und von der ganz geringen Menge der gebesserten Fälle — (z. B. Brookwood, geh. 63, gebess. 2, — Northumberland geheilt 71, gebess. 3, ungebessert 0, Ref.) man möge mit der Erklärung, dass ein Fall geheilt sei, vorsichtig sein, sagt Bl., und citirt Sankey, der auch die meisten Fälle von intercurrirendem Irrsein, für recurrirende hält.

Die letzten Capitel des Buches, welche allgemeine Regeln über die Behandlung der Geisteskranken, über die Art der Untersuchung und des Umganges, sowie das Alles, was die englischen Gesetze von dem behandelnden Arzte eines solchen Individuums verlangen, enthalten,

sind vielleicht die gelungensten des Ganzen — in ihnen findet sich dasjenige, was der Arzt wissen muss, wenn er zur Behandlung eines Geisteskranken schreiten, und dabei nicht auf Schritt und Tritt in Verlegenheit gerathen, vom Kranken und seiner Umgebung hintergangen werden will.

H. B. Obersteiner.

Die Abhängigkeit des Irrsinns von physischen Krankheiten.

Von Dr. John Gray.

(American Journal of Insanity. April 1871.)

Irrsein ist eine Krankheit des Gehirnes, eines körperlichen Organes; es müssen demnach auch die Ursachen des Irrseins in somatischen Veränderungen zu suchen sein. — Das ist der Schluss, dessen Richtigkeit Verfasser nachzuweisen sucht. — Genaue Untersuchung des Kranken oder eingehende, sorgfältige Aufnahme der Anamnese wird fast immer das ätiologische Moment der Krankheit als ein physisches erkennen lassen.

Früher hat man oft religiöse Schwärmerei als Ursache angegeben, „der erhabene Glaube des Christenthums ist aber eher eine Schutzwehr gegen den Irrsinn.“ — Krankheiten jedes Organes können die pathologische Ursache der Geisteskrankheit oder aber die Erkrankung des Gehirnes das primäre sein, doch ist der erste Fall der häufigere, wobei jedoch die Erscheinungen des Irrseins erst dann auftreten, wenn das Gehirn selbst ergriffen ist.

Eine beigegebene Tabelle über die Krankheitsursachen im New-York State Lunatic Asylum durch 28 Jahre zeigt, dass im Jahre 1843 128 Fälle von moralischen, 93 von physischen und 55 von unbekannten Ursachen aufgenommen wurden, 1847 waren die Zahlen 127, 139, 162, 10 Jahre später 1857: 31, 157, 47, 1866: 12, 263, 113 und von 1867 an ist kein einziger Fall mehr mit moralischer Ursache verzeichnet.

H. B. Obersteiner.

Ein Balkenmangel bei einem epileptischen Idioten.

Von Dr. Max Huppert.

(Wunderlich's Archiv 1871, 3. Heft.)

Der Kranke, ein 57jähriger epileptischer Idiot, starb an Ascites nach Lebercirrhose. — Bei der Section zeigte sich, dass an Stelle des

Balkens und Septi pellucidi eine Bindegewebsplatte lag, an welche vorne die vorderen Schenkel des Fornix anstiessen, während an deren hinteren Ende die Fimbrine sich, in einen ganz dünnen weissen unregelmässig flockigen Belag endigend, anlegten. — Diese Platte von florähnlichem löcherigem Aussehen, bläulich weisser Farbe, dabei aber derb und zähe, war aus welligen Bindegewebsbündeln ohne erkennbare Betheiligung von Gefässen oder Nervensubstanz, zusammengesetzt. — Auch der Fornix war zwischen den beiden oben erwähnten Punkten mangelnd. Verfasser sieht in diesem Falle keine Bildungshemmung, sondern nimmt eine den Balken zerstörende und zum Schwund bringende Krankheit an, welche zu einer Zeit aufgetreten sei, in welcher die Entwicklung der drei an der Basis gelegenen Commissuren schon weit vorgeschritten, ja vielleicht schon ganz vollendet war; er gelangt zu diesem Schlusse durch die Beobachtung, dass die eben genannten 3 Commissuren, oder wenigstens die mittlere sich bereits vollständig vorfanden.

Gleichzeitig war ziemlich hochgradiger Hydrocephalus congenitus vorhanden, der die Ursache der Balkenatrophie gewesen, und gegen Ende der Schwangerschaft aufgetreten sein mag. — Damit ist aber auch die Möglichkeit benommen, dem Balkenmangel specielle Symptome zuzuschreiben, indem der Blödsinn durch die vom Hydrocephalus bedingte Atrophie der Hemisphären erklärbar ist, und Epilepsie zu jeder Affection des Nervensystems hinzutreten kann; betrachtet man den Balken als der Vereinigung der in beiden Hemisphären vermuthlich gleichzeitigen und identischen Vorstellungen dienend, so vermag dieser Idiot begreiflicher Weise auch keinen Aufschluss zu geben, der in dieser Hinsicht von Belehrung wäre.

H. B. Obersteiner.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien

1. October 1871. Nr. 8 & 9.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf und Th. Meynert.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Dr. Mildner. Mittheilungen. — Société médico-psychologique: Ueber Bromkalium gegen Epilepsie. — Westphal. Die Agoraphobie. — R. Arndt. Ein merkwürdiger Fall von allgemeiner, progressiver Paralyse. — Schneevogt. Bericht über die niederländischen Irrenanstalten. — 28. Jahresbericht über die Irrenanstalt Utica bei New-York. — Chatelain. Zwei Fälle von transitorischer psychischer Störung. — Dr. Stark. Ueber die Structur der Ganglienkörper in der Hirnrinde. — Wiedemeister. Ueber Specialasyle für verbrecherische Irre.

Mittheilungen

aus dem Directions-Berichte der Klosterneuburger Landes-Irrensiechen- und Versorgungsanstalt für den Monat Juni 1871.

Von Dr. Emanuel Mildner.

Gestorben sind in diesem Monate 4 (Männer), was bei einem Gesammtkrankenstande von 205 eine Procentzahl von 1·9 gibt. Die Sterblichkeit war daher eine geringere als die vormonatliche. Bei 3 dieser Kranken war Darmruhr im Verlaufe von Tuberculose, und bei Einem die letztere allein die Todesursache. Nur bei einem 35jährigen Taglöhner, der durch 4 Jahre zweimal in der Irrenanstalt zu Wien und Klosterneuburg verpflegt wurde, und bei dem die psychische Krankheitsform mit Trübsinn begann, jedoch in den letzten Monaten vor dem Tode bereits in Verblödung überging, war das Sectionsresultat insoferne von grösserem Interesse, weil es sich an den im vorigen Monate beschriebenen Fall, wo die am Riechlappen lagernden Cysten die materielle Ursache zu intensiven abnormen Geruchsempfindungen abgaben, anschliesst.

Nebst der Tuberculose, die sich in den Lungen, der Pleura, dem Bauchfelle und in den brightisch gewordenen Nieren ausbreitete, fand

man bei dem bereits atrophisch werdenden Gehirn an der Basis statt des Trichters eine vogeleigrosse Cyste in der Weise, dass sie zwischen beiden Mammillarkörperchen, welche sie über einen halben Zoll weit auseinander gedrängt hatte, beginnt, dann den Tractus opticus beider Seiten theilweise bedeckt; unter dem Chiasma des zweiten Nervenpaares bis gegen das Riechdreieck auf der Lamina cribrosa anterior vorrückt, endlich zwischen den inneren Wurzeln des Riechlappens in der Weise endigt, dass die letzteren Organe einem Drucke durch die Geschwulst ausgesetzt sein mussten. Beide Geruchslappen sind bis zu ihrem Bulbus augenfällig verschmälert, ziemlich fest in der Substanz; ebenso der linke Opticus. Nebstdem waren beide Seitenventrikel ungemein erweitert, so dass die Breite des Vorderhornes im Stirnlappen 7 Linien, und die des rückwärtigen Theiles im Seitenventrikel 2 Zoll im Breitedurchmesser zeigte; auch der dritte Ventrikel erschien erweitert, und communicirte durch die Reste des Trichters mit der oben angegebenen Geschwulst. — Wie bereits erwähnt, litt der Kranke wiederholt an Geruchshallucinationen und Illusionen, welche bei seiner melancholischen Stimmung einen Vergiftungswahn producirten, und die zuweilen eintretende Abstinenz motivirten. Er beklagte sich nämlich, die Speisen stinken, er kann sie nicht geniessen, man will, dass er aus der Welt komme; allein umbringen lässt er sich nicht, dies wird er schon selber thun etc.

Er litt nebstdem auch an intensiven Gehörstäuschungen, dagegen konnte man im Gesichtssinn mit Ausnahme von starker Erweiterung und träger Bewegung der Pupillen, endlich zuweilen eintretender Lichtscheu keine weiteren Störungen in diesem Sinnesorgane constatiren.

Von den übrigen Sectionsresultaten bleibt hervorzuheben, dass bei dem 29 Jahre alt gewordenen Kretin, welcher ebenfalls an der, bei der Section nachgewiesenen Dysentrie im Verlaufe ausgebreiteter Miliartuberculose beider Lungen starb, die Hinterhauptspalte sehr tief in das Gehirn reichte, somit das Gehirn grosse Aehnlichkeit mit dem des Affen hatte.

Sonst war dasselbe voluminös, die mässig getrübten und verdickten Umhüllungen liessen sich leicht von der Hirnrinde loslösen; die Windungen sind stark abgeflacht, die Furchen verstrichen; die Rindensubstanz grau und fest, beim Durchschnitte erhebt sich dieselbe sehr rasch wallartig über die weisse Substanz, die sich auf der Schnittfläche muldenförmig zusammenzieht, so dass sie sich wie eine Thal- und Hügelgegend ansieht. Beide Seitenventrikel sind klein, enthalten kaum einige Tropfen klaren Serums; in den übrigen Hirntheilen konnte man keine weiteren Veränderungen wahrnehmen. Dagegen fand man an der Dura mater, und zwar am hinteren Ende des Keilbeins eine maulbeergrosse und ebenso höckerig geformte blaurothe, weiche Geschwulst, die aus einem Convolute erweiterter Blutgefässe bestand.

Vom weiteren Sectionsbefunde ist noch zu erwähnen, dass die Schilddrüse die Grösse eines Kindskopfes hatte, welche theils durch

zahlreiche eigrosse Colloidbälge und theils durch reichliche Infiltrationen dieser Masse in die Drüse erzeugt wurde. Der Kehlkopf und ein Theil der Trachea wurden dadurch nach links verdrängt und zusammengepresst.

Der Kranke wurde am 11. September 1870 bald nach der Eröffnung der Anstalt in dieselbe gebracht; er stammt aus einer Gegend, wo nur vereinzelt Kretins vorkommen sollen, und hatte die eigenthümliche Körperconstruction dieser Art von Idioten, überdies rechterseits einen Klumpfuss. — Weiters wäre von ihm noch hervorzuheben, dass er sich in der Anstalt stets ruhig und gemüthlich benahm, die Aerzte und Wärter schon nach wenigen Tagen erkannte und seine freudigen Gefühle durch eine Art Wiehern, welches von einem grinsenden Lachen begleitet war, ausdrückte, da er nicht im Stande war, ein articulirtes Wort auszusprechen. Ausser dem Gesichtssinne waren mit Ausnahme des Gehörs auch die übrigen Sinne zwar etwas stumpf, jedoch für äussere Eindrücke empfänglich; dagegen konnte man, ungeachtet die Genitalien gehörig entwickelt waren, keine geschlechtlichen Erregungen bei dem Kranken constatiren.

Die pathologischen Veränderungen in der Hirnmasse, welche der Bindegewebsneubildung zugeschrieben werden, traf man auch bei einem 20 Jahre alt gewordenen Idioten, welcher an Tuberculose der Lungen, der Milz, der Nieren und der Mesenterialdrüsen starb. Die schmale Hirnrinde von grauer Farbe drängt sich sogleich über die Marksubstanz und das blendend weisse Mark veränderte sich binnen wenigen Secunden zu den im obigen Falle beschriebenen muldenförmigen Einziehungen; auch waren die Ventrikel erweitert und enthielten etwa 3 Kaffeelöffel voll klaren Serums.

Dagegen musste man den angeborenen Hydrocephalus im letzten Falle bei einem 11jährigen Idioten als die Hauptursache dieser Psychose ansehen. Auch in diesem Falle war Darmruhr und Tuberculose der Lungen die Todesursache, ausserdem fand man als weiteres Sectionsresultat das Herz mit dem Herzbeutel fest verwachsen. Die letzten 2 Fälle wurden Ende des vorigen Monats aus der Kierlinger Idioten- in die Klosterneuburger Anstalt übersetzt.

Discussion der Société médico-psychologique über den Gebrauch des Bromkaliums gegen Epilepsie.

(Annales méd. psychol. März 1871.)

Dr. J. Falret ergreift in der Sitzung vom 28. Juni 1870 das Wort, um im längeren Vortrage seine Erfahrungen über besagten Gegenstand mitzutheilen. Das Bromkalium gegen Epilepsie wurde im

Jahre 1867 von den HH. DDr. A. Voisin und Le Grand du Saulle auf der Abtheilung der Epileptischen in Bicêtre zuerst angewandt und der Gebrauch desselben von Dr. J. Falret durch weitere drei Jahre fortgesetzt.

Falret bespricht zuerst die physiologische Wirkung des Mittels; es wird in der Regel gut vertragen und erst in der Gabe von 3—4 Grammes täglich bringt es Reizungserscheinungen an der Schleimhaut des Halses und des Magens zuwege.

Eine noch weit häufigere Wirkung des Bromkaliums zeigt sich auf der Haut, indem daselbst zugespitzte juckende, brennende Erhabenheiten namentlich an den Schultern und in der Halsregion bemerkbar werden, welche Aehnlichkeit mit der Akne haben.

Falret glaubt beobachtet zu haben, dass diejenigen Kranken, bei denen es nicht zu dieser Hauterkrankung kommt, überhaupt der günstigen Wirkung des Mittels widerstehen. Die Intensität der Hautsymptome wächst mit der grösseren Gabe von Bromkalium, und kann den Arzt zwingen, von dem weiteren Gebrauche des Medicamentes abzustehen.

Eine weitere Folge eines lange fortgesetzten Gebrauches des Bromkaliums ist die Abmagerung und die Herabsetzung der geschlechtlichen Potenz.

Die Anwendungsweise ist nach Falret folgende: Es wird Früh und Abends eine Gabe von je einem halben Gramme gereicht, weiterhin von 8 zu 8 oder von 14 zu 14 Tagen um 50 Centigrammes gestiegen und vorausgesetzt, dass das Mittel keine zu lästigen oder bedenklichen Erscheinungen hervorbringt, allmälig bis zu 4 Grammes gegangen.

Bei dieser Dosis erst pflegen sich die früher erwähnten physiologischen Wirkungen zu äussern, gleichzeitig aber auch die epileptischen Anfälle ihrer Zahl nach zu vermindern.

Tritt diese Verminderung ein, so bleibt man bei der erwähnten Dosis einige Zeit, 1 Monat z. B. Zeigt sich keine solche Verminderung der Anfälle, so steigt Falret in der bezeichneten Weise bis zu 7—8 Grammes und bleibt längere Zeit auf dieser Höhe.

Voisin hat bis zu 11 Grammes gegeben.

Um einen dauernden Erfolg zu erzielen, muss die Anwendung des Bromkaliums sehr lange fortgesetzt werden. Ein bis zwei Jahre, nach welcher Zeit die Dosis wieder allmälig herabgesetzt wird.

Falret hat das Bromkalium bei 50 Epileptischen und bei der Hälfte davon durch 3 Jahre ununterbrochen angewendet.

In nahezu 25 Fällen konnte er keine nennenswerthe Wirkung damit erzielen.

In den weiteren 25 Fällen aber ergab sich eine auffallende Besserung, bei einigen schien die Krankheit behoben oder doch auf lange Zeit zum Schweigen gebracht.

Falret hebt hervor, dass die Fälle, an denen er Versuche gemacht, durchwegs langdauernde und prognostisch ungünstige waren, welche bereits vielfältige erfolglose Heilversuche durchgemacht hatten.

Im Allgemeinen war die Wirkung des Bromkaliums eine günstigere bei jenen Epileptikern, die starke, entschiedene Anfälle in verhältnissmässig langen Zwischenräumen hatten, weit weniger günstig bei unvollständigen, nur in Schwindel oder kurzem Verluste des Bewusstseins bestehenden Fällen und bei Complication mit ausgesprochener Geistesstörung. Tritt eine günstige Wirkung überhaupt ein, so sieht man die nächtlichen Anfälle früher schwinden, als die am Tage auftretenden.

Bei Complication mit Tobsucht hört diese früher auf, als die epileptischen Anfälle.

Die sehr gebesserten Kranken sind noch 3 bis 4 Anfällen im Jahre unterworfen.

Schwindel und rasch vorübergehende Bewusstlosigkeit sind die Symptome, welche am längsten der Wirkung des Bromkaliums widerstehen; sie ersetzen bei den sogenannten geheilt Entlassenen die grossen Anfälle und sind als ein Diminutivum derselben zu betrachten.

Von den Störungen, welche der Organismus bei längerem Gebrauche grosser Dosen Bromkaliums erleidet, sind die Hauteruption und die Gehirnerscheinungen die wichtigsten.

Die akneiforme Hautaffection und das damit verbundene Jucken und Brennen nehmen zuweilen so überhand, dass man das Mittel bei Seite setzen muss; es kommt zu Furunkeln, follicularer Verschwärung u. s. w.

Die Hirnerscheinungen bestehen in einer bemerkenswerthen Geistesschwäche, Schläfrigkeit bis zum beunruhigenden comatösen Dahinliegen, welche die weitere Anwendung des Mittels verbieten, und verschwinden, sobald es weggelassen wird.

An diesen Vortrag des Herrn Dr. Falret knüpft sich eine lebhafte Debatte.

Lasègue macht aufmerksam, dass Falret die anästhetische Wirkung unerwähnt gelassen habe, welche das Bromkalium auf die Rachenschleimhaut und den oberen Theil der Luftwege ausübe, wodurch die Reflexthätigkeit dieser Theile bedeutend herabgesetzt werde. Lasègue konnte andererseits die von Falret hervorgehobene intensive Wirkung des Bromkaliums auf die Haut nicht constatiren, da in den von ihm beobachteten Fällen es nur hie und da zu einem leichten juckenden Ausschlag kam. Hingegen beobachte man namentlich bei gebildeten, beschäftigten Individuen eine Trägheit des Geistes, eine Art Stupor bei längerem Gebrauche des Bromkaliums.

Auguste Voisin hebt hervor, dass zwischen Hautausschlag und Nachlass der epileptischen Anfälle kein Zusammenhang bestehe und

dass er nach Anwendung grosser Dosen Bromkaliums Heilungen beobachtet habe, ohne dass sich eine Hautaffection bemerkbar gemacht hätte.

Falret erwiedert, dass er keine Heilung ohne vorangehendes Auftreten des Hautausschlages beobachtet habe.

Morel plaidirt für kleinere Gaben von 1—4 Grammes täglich in Verbindung mit hydrotherapeutischen Proceduren. Er habe das Mittel auch bei nicht epileptischen Geisteskranken, die an Samenfluss litten, mit Erfolg angewendet.

Le Grand du Saulle ist der Meinung, dass die nachtheiligen Nebenwirkungen des Bromkaliums häufig von Verunreinigungen desselben herrühren und macht auf die Wichtigkeit eines chemisch-reinen Präparates aufmerksam.

Le Grand du Saulle hat 138 Epileptische mit Bromkalium behandelt; von diesen konnten als geheilt (seit 18 Monaten kein Anfall) betrachtet werden: 10, als bedeutend gebessert 19, einfach gebessert 45, ohne Besserung 64; er betrachtet das Bromkalium als das gegen Epilepsie wirksamste Mittel.

Aug. Voisin, welcher im Jahre 1866 eine Schrift über die Behandlung der Epilepsie mit Bromkalium veröffentlicht hat, legt in längerer Auseinandersetzung seine seit dieser Zeit gemachten Beobachtungen dar. Der uns gestattete Raum erlaubt uns nur das Wesentlichste davon mitzutheilen.

Nach V. ist die Tastempfindung der Mundhöhle und des Rachens bei eingetretenem Bromismus normal, die Reflexsensibilität der Rachenwand, des Zungengrundes und des Kehldeckels bedeutend vermindert oder aufgehoben, sobald man bis zu Dosen von 4 Grammes gekommen ist.

Eine weitere ziemlich constante Erscheinung ist das Darniederliegen der Geschlechtsfunctionen.

Die günstige Wirkung des Bromkaliums gegen Spermatorrhöe kann V. nicht bestätigen.

Die Hautsensibilität bleibt unverändert, während die Reflexsensibilität im Allgemeinen herabsinkt oder erlischt.

Laborde hat diese Thatsache durch zahlreiche und interessante Versuche festgestellt.

Voisin bespricht ausführlich die beim Bromismus auftretenden Hautaffectionen und bestätigt zum grössten Theile die von Falret gemachten Beobachtungen.

Das Bromkalium erzeugt zuweilen Gehirnerscheinungen, welche in einem Zustande von Stupor und zuweilen in einem allgemeinen Delirium bestehen.

In Folge fortgesetzten Gebrauches des Bromkaliums kann sich ein kachektischer, d. i. anämischer Zustand mit Abmagerung des Kranken entwickeln und lebensgefährlich werden.

Voisin schliesst seinen Vortrag mit dem Bemerken, dass der Erfolg, den er in den letzten 4 Jahren mit der Bromkaliumbehandlung erzielt hat, weit grösser ist als der von ihm im Jahre 1866 hervorgehobene. Von 41 Kranken sind 17 seit 5 Jahren frei von Anfällen, 20 gebessert, 4 ungebessert.

Während im Jahre 1866 von 24 nur 4 i. e. der sechste Theil geheilt wurden, kamen nun 17 Heilungen auf 41 d. i. auf mehr als die Hälfte der Fälle.

Als günstig für den Erfolg betrachtet es V., wenn der Gebrauch des Bromkaliums Schlaf erzeugt, wenn bei Berührung der hinteren Rachenwand kein Brechen, kein Husten, kurz keine Reflexaction eintritt und wenn der Geschlechtstrieb sich vermindert oder aufhört, eine Abspannung und Schwere in den Gliedern sich einstellt.

Die Epilepsie der Kinder widersteht der Anwendung des Bromkaliums hartnäckiger als die der Erwachsenen.

Leidesdorf.

Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung.

Von Prof. C. Westphal.

(Archiv für Psychiatrie III. Bd. 1. Heft.)

Die Agoraphobie, Platzfurcht, ist eine krankhafte Erscheinung, welche W. mehrmals zu beobachten Gelegenheit hatte; sie besteht vorzugsweise in der Furcht Plätze und Strassen zu durchschreiten und ist auch noch von anderweitigen Störungen des Nervensystemes begleitet. W. erläutert das eigenthümliche Krankheitsbild an drei genau beobachteten Fällen, welche eine oft bis in die kleinsten Details gehende Uebereinstimmung der Erscheinungen erkennen lassen, deren wesentlicher Charakter darin besteht, dass die Kranken von einer unmotivirten oft von allgemeinem Zittern begleiteten Angst befallen werden, wenn sie über einen leeren Platz oder durch Strassen gehen sollen, in welchen die Läden geschlossen sind; zu dieser Angst gesellt sich ein nach dem Kopfe aufsteigendes Gefühl von Wärme.

Gehen die Kranken mit einem Begleiter Arm in Arm, so ist das Angstgefühl weit geringer. Es pflegt sich aber auch beim Betreten von Theatern, grossen Versammlungen u. d. gl. einzustellen. — Vom Schwindel wird dieses Angstgefühl vollkommen gut und sicher unterschieden und können derlei Kranke gefährliche Berg- und Gletscherpartien machen, ohne von Angstgefühlen ergriffen zu werden.

Mässiger Genuss von Wein, ein gutes Mittagessen mildert die Furcht und lässt die Betreffenden leichter über die Plätze hinwegkommen.

Eine weiter hervorzuhebende Uebereinstimmung der mitgetheilten Fälle beruht in gewissen Symptomen, welche zu epileptischen Anfällen in naher Beziehung stehen, oder geradezu (Fall II) als solche betrachtet werden müssen. W. selbst macht auf diese Beziehung, jedoch mit der einem nüchternen Forscher zukommenden Reserve, aufmerksam.

Er erwähnt auch des von Prof. Benedikt (Allgem. Wiener mediz. Zeit. 1870. Nr. 40) unter der Benennung Platzschwindel mitgetheilten Falles und hebt hervor, dass es sich bei eingehender Prüfung auch hier gezeigt haben würde, dass man es mit einem Angst- und nicht mit einem Schwindelgefühle zu thun hatte. Der Auffassung Benedikt's, welcher annimmt, dass der Platzschwindel durch Beeinträchtigung der seitlichen Convergenzfähigkeit, durch eine von Insufficienz der Interni herrührende Alteration des Muskelbewusstseins entstehe, kann W. nicht beistimmen.

Auch ergaben die von Herrn Leber in dieser Richtung in allen 3 Fällen Westphal's angestellten Untersuchungen, dass bei zwei der Patienten eine Insufficienz der Interni nicht vorhanden, bei dem dritten dieselbe eine geringfügige, ausserordentlich häufig vorkommende, war.

W. hält die Agoraphobie für einen rein cerebralen, psychischen Vorgang, welcher sich von den psychischen Krankheiten im engeren Sinne vor Allem dadurch unterscheidet, dass die Erscheinung des pathologischen Affectes (der Furcht, Angst) wesentlich an gewisse äusserliche Bedingungen geknüpft ist, bei deren Beseitigung sie sofort schwinden. Auch scheint eine Weiterentwicklung dieses Zustandes zu schwereren psychopathischen Formen nicht stattzufinden.

Ueber Aetiologie, Entstehung, Verlauf, Prognose und Behandlung der besprochenen Krankheitsfälle hebt W. hervor, dass eine hereditäre Prädisposition zu Nervenkrankheiten in der zweiten Beobachtung unzweifelhaft constatirt, in den beiden anderen aber nicht nachgewiesen werden konnte; andere ätiologische Momente fehlen. Die Entstehung der Erscheinung war in zwei Fällen eine plötzliche. In therapeutischer Beziehung erwies sich der Versuch, die Willenskraft des Patienten zu benützen, als fruchtlos; die demselben gestellte Aufgabe, täglich die gefürchteten Punkte zu überschreiten, blieb ohne Erfolg. — Die von allen Kranken gemachte Erfahrung, dass Genuss von Wein, Bier u. dgl. zur Milderung des Zustandes beiträgt, lässt sich therapeutisch wohl nicht verwerthen.

Bromkalium, die Anwendung des constanten Stromes ergaben kein ersichtliches Resultat.

In einem Falle verschwand die Erscheinung, nachdem sie einige Zeit bestanden, von selbst für immer.

Leidesdorf.

Ein merkwürdiger Fall von allgemeiner progressiver Paralyse der Irren.

Von Dr. R. Arndt.

(Archiv für Psychiatrie II. Bd. 3. Heft.)

Dieser Fall, welcher sich durch die höchst seltene Combination mit progressiver Muskelatrophie bemerkbar macht, wurde einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzogen.

Verfasser benützt die Gelegenheit hierbei seine Ansicht über die Entstehungsweise einiger, der grauen Rückenmarksdegeneration eigenthümlicher anatomischer Veränderungen darzulegen. Eine hauptsächlich zwischen Pia mater und Rückenmark, in den perivasculären Räumen und auch sonst zwischen den physiologischen Elementen des Organes abgelagerte Substanz ist das in Folge eines entzündlichen Vorganges gesetzte Exsudat, das sich demnach auch vor allem in der Umgebung der Gefässe anhäuft; es durchdringt aber auch die übrige Masse des Rückenmarkes, und bringt durch Druck die nervösen Elemente zur Atrophie. — Die zahlreichen Fettkörnchenzellen sind hauptsächlich Endproducte des an den ausgetretenen weissen Blutkörperchen statthabenden Verfettungsprocesses.

Es ist also die Atrophie der Nerven der secundäre Process, während der primäre Vorgang lediglich in der Entzündung zu suchen ist.

Diese Ansicht, obwohl sie eine natürliche und ungezwungene Erklärung der Veränderungen gibt, wird mit der gehörigen Zurückhaltung ausgesprochen; indem Arndt keineswegs eine primäre Atrophie sowie überhaupt eine andere Deutung der Bilder läugnet. Verfasser nimmt auch Gelegenheit darauf aufmerksam zu machen, wie wichtig es ist, auch die perivasculären Kanäle einer genauen Beobachtung bei der Untersuchung des Centralnervensystemes zu würdigen.

H. B. Obersteiner.

Bericht über die niederländischen Irrenanstalten

für die Jahre 1864, 1865, 1866, 1867, 1868.

(s' Gravenhage 1871.)

Dieses noch unter Prof. Schneevogt's Leitung ausgearbeitete Werk enthält eine vollständige Darlegung des Standpunktes, auf welchem sich in den genannten Jahren die Irrenpflege in den Niederlanden befand. Der Bericht umfasst 12 Anstalten und zwar: zu Herzogenbusch, Zütphen, im Haag, zu Rotterdam, Dortrecht, Delft, Meerenberg, die

ausschliesslich für Israeliten bestimmte Anstalt in Amsterdam, die zu Utrecht, Franecker, Deventer und Maastricht. Die zahlreichen beigegebenen Tabellen gewinnen noch dadurch an Werth, dass zum grossen Theil auch die statistischen Daten vom Jahre 1844 an mit angeführt werden, so dass dieselben im Ganzen 17462 aufgenommene Fälle umfassen.

Was in wissenschaftlicher wie in administrativer Hinsicht während des obigen Zeitraumes geleistet worden war, findet vollständige Berücksichtigung; die zahlreichen Verbesserungen, die sich als nothwendig herausgestellt hatten, verdienen jedenfalls auch in anderen Ländern Berücksichtigung. H. B. Obersteiner.

---

28. Jahresbericht über die Irrenanstalt Utica bei New-York für das Jahr 1870.

Vorliegender Bericht, mit einer Abbildung und dem Grundrisse der Anstalt versehen, umfasst die Leistungen des State Lunatic Asylum für New-York unter der Leitung des Superintendenten Dr. John Gray im verflossenen Jahre. Aufgenommen wurden 481 Kranke, die tägliche Mittelzahl der Behandelten betrug 629.

Dieser Bericht zeichnet sich vor ähnlichen durch seine Wissenschaftlichkeit aus; es sind die Krankengeschichten und Sectionsbefunde von 17 Verstorbenen wiedergegeben; die häufigen Fälle von Phthisis bringen Verf. zu der Ansicht, dass die Affection der Lungen mit der Geisteskrankheit in innigem Connexe stehe, indem die Degeneration der Lungen in der mangelhaften Innervation begründet, und letztere wieder Folge der Anämie in den Nervencentren sei. — Gleichzeitig tritt auch Störung in der Verdauung ein, und die Herzaction ist so geschwächt, dass das Sphygmograph, dessen Gebrauch bei Geisteskranken sehr empfohlen wird, kaum mehr als eine wellige Linie zeichnet. — Ein Selbstmord wurde von einer Frau begangen, und zwar durch Selbstverbrennung im Bette.

Aus einer Zusammenstellung aller seit 22 Jahren an allgemeiner Paralyse gestorbenen Kranken geht die ungeheure Zunahme dieser Krankheit hervor; es unterlagen derselben im Jahre 1850 2, im Jahre 1860 9 und im J. 1870 19 Kranke.

Sehr viel Eifer ist auf die Untersuchung des Harnes verwendet worden; das auffallendste Ergebniss ist das häufige Vorkommen von reichlichem oxalsauren Kalke bei Geisteskranken.

H. B. Obersteiner.

Zwei Fälle von transitorischer psychischer Störung.

Mitgetheilt von Dr. Chatelain in Préfagier.

(Annales médico-psych. Juli 1871.)

Erster Fall.

Am 5. März d. J. wurde Verf. zu dem Kranken M. C. gerufen, welcher seit einigen Monaten an melancholischer Verstimmung litt, welche namentlich in den Morgenstunden sehr quälend war, jedoch leicht durch einen Spaziergang, Besuch eines Freundes überwunden werden konnte; auch seine Geschäfte konnte Pat. besorgen.

Körperlich wohl, klagte er nur zeitweise über Präcordialangst, womit sich Blutcongestion nach dem Kopfe einstellte.

M. C. ist 65 Jahre alt, zum zweiten Mal verheirathet, kinderlos, ein wohlhabender Landwirth, von sanftem, wohlwollendem Charakter; beschäftigt sich viel und anhaltend mit landwirthschaftlichen Arbeiten.

Den 27. Februar Morgens geht er aus, ohne dass seine Frau etwas Ungewöhnliches in seinem Benehmen bemerkt hätte. Er macht anfänglich einen Spaziergang im Dorfe, schlägt jedoch bald den Weg gegen den 5 Minuten vom Orte entfernten See ein. Er begegnet mehreren Bekannten, die ihn grüssen, ohne deren Gruss zu erwiedern, was denselben auffallend erscheint. — Am Ufer des Sees angekommen, geht er ruhig in denselben hinein, watet im Wasser, welches hier nicht tief ist, angekleidet weiter und setzt sich auf einen aus demselben etwas hervorragenden Stein, schöpft mit den Händen Wasser aus dem See und trinkt es; endlich beim Herannahen eines Bootes lässt er sich ins Wasser sinken und verschwindet. — Als es den Schiffsleuten gelungen war ihn herauszuziehen, war er bereits bewusstlos und konnte erst nach einer Stunde wieder ins Leben gerufen werden. Er war in hohem Grade erstaunt sich im Bette zu finden, konnte sich des Vorgefallenen durchaus nicht erinnern; als man es ihm aber mittheilte, war er darüber sehr bestürzt. Er konnte es nicht fassen, dass er, dessen religiöse Grundsätze so fest seien, einen Selbstmord hatte begehen wollen, und versicherte, dass er niemals einen solchen Gedanken, den er für einen verbrecherischen hält, gehabt habe. Auf ärztlichen Rath unternahm er in Begleitung eines ihn bewachenden Freundes eine Reise und begab sich freiwillig auf einige Wochen in eine Privatanstalt, von wo er gesund und heiter nach Hause zurückkehrte.

Seit der letzten erwähnten Katastrophe hatte seine melancholische Verstimmung wesentlich abgenommen, um schliesslich gänzlich zu verschwinden.

Zweiter Fall.

Am 24. März 1871 stellte sich dem Dr. Ch. . . . ein 50jähriger Mann vor, welcher allem Anscheine nach der Classe gutgestellter Arbeiter angehört. Er ist in der That Maschinenheizer und hat sich immer einer guten Gesundheit zu erfreuen gehabt.

Vor 15 Jahren jedoch hatte er einen Anfall von Melancholie, welche bei folgendem Anlasse ausbrach.

Seine Frau ist Krankenwärterin und musste als solche oftmals ihren Mann, Haus und Kinder allein lassen; eines Tages machte ein wohlmeinender Nachbar die Bemerkung, dass es wohl besser wäre, wenn die Frau mehr zu Hause bliebe und sich mehr um die Wirthschaft kümmerte. Von diesem Augenblicke an bildete sich der Mann ein, dass seine Frau, die ihm sehr ergeben war, ihn nicht mehr liebe; diese Idee machte ihn durch lange Zeit unglücklich und melancholisch, nur langsam konnte er sich wieder erholen. — Dieser Gedanke hat ihn niemals ganz verlassen. Namentlich seit zwei Jahren wird er wieder davon gequält, obwohl er einsieht, dass seine Frau treu und redlich ist und er ihr keinen Vorwurf machen kann.

Am 12. März bleibt er allein im Hause, die Frau geht ihrem Geschäfte nach, die Kinder wohnen auswärts. Er geht sodann in die Kirche, hört die Messe, fühlt sich aber schon beim Nachhausegehen unwohl, hat keinen Appetit und legt sich zu Bette.

Gegen 3 Uhr ist ihm wohler, er kleidet sich an und geht ins Dorf spazieren, trifft Freunde, macht mit ihnen eine Kegelpartie, trinkt eine halbe Flasche Wein, worauf er sich abermals unwohl fühlt, ist wie betrunken und muss nach Hause begleitet werden. — Bald darauf kommt seine Frau und schickt sich an ihm sein Abendessen zu bereiten. Da wird Patient plötzlich von Tobsucht befallen, zerbricht und zertrümmert Alles in seiner Nähe, zerreisst den Hut seiner Frau in Stücke, zerstört den Ofen, stürzt sich endlich auch auf seine Frau, um sie zu erwürgen; glücklicherweise gelang es ihr zu entfliehen.

Gegen Mitternacht kommt Patient wieder zu sich, findet sich entkleidet im Bette, sein Geist ist vollkommen klar und er wundert sich nur über die Abwesenheit seiner Frau.

Diese kommt erst gegen Morgen zu Hause, und von ihr erfährt er was mit ihm vorgegangen ist.

Er ist darüber entsetzt und kann nicht begreifen, was ihn zu solchen Excessen, deren er sich nicht erinnert, gebracht habe. — Er begibt sich sofort, ohne Jemanden davon zu sagen, nach Préfagier, den Arzt zu consultiren.

Patient sieht gut und kräftig aus, hat keinen körperlichen Schmerz, nur während seiner melancholischen Zustände verspürt er einen Druck, ein Gefühl von Unbehagen mit Ueblichkeit in der Magengrube. — Kein Sausen in den Ohren, keine Sinnesdelirien, Gehör

und Gesicht sind normal; es sind weder motorische noch Sensibilitätsstörungen vorhanden. Seine Sprechweise ist intelligent, er war nie dem Trunke ergeben. Nur der Schlaf ist seit einiger Zeit unruhig und ungenügend.

Dem Kranken wurden für einige Zeit Entfernung vom Hause und von seinen Geschäften, laue Bäder und zur Nachtzeit narkotische Mittel verordnet; er versprach Nachricht über sein Befinden zu geben, hat es aber bisher unterlassen.

Leidesdorf.

Ueber die Structur der Ganglienkörper und über die Bedeutung der Körner in der Hirnrinde.

Von Dr. Stark.

(Allg. Zeitschrift für Psych. 28. Bd. 2. Heft.)

Verfasser ist ein Vertheidiger der Kern- und Kernkörperchenfäden und gibt eine ganz besonders reiche Auswahl von Abbildungen zur Bestätigung seiner Ansicht. Die in der Grosshirnrinde allüberall, am zahlreichsten aber in der rostbraunen Schichte der Kleinhirnrinde anzutreffenden „Körner" stellen die einfachsten, mit einer im Kernkörper endigenden Nervenfibrille zusammenhängenden Nervenzellen dar, und da man ferner in der Hirnrinde alle einzelnen Stadien der Entwickelung von dieser einfachen Nervenzelle zum fertigen Ganglienkörper findet, so muss man in dem bisher als Kern aufgefassten Theile der Ganglienzelle die ursprüngliche, einfache Zelle erblicken; darnach hat man statt Ganglienzelle zu sagen: Ganglienkörper, statt Kern, Nervenzelle u. s. f.

Stellen die Körner als einfachste Zelle einen unentwickelteren Zustand dar, als die Ganglienkörper, so wird auch dort eine höhere Entfaltung der Gehirnthätigkeit anzunehmen sein, wo letztere das Uebergewicht haben; die einfachen Nervenzellen vermitteln einfachere psychische Vorgänge, und so werden es auch z. B. nur einer beschränkteren Vervollkommnung fähige Thätigkeiten sein, die das Kleinhirn vermittelt.

Eine Vorstellung tritt dann in's Bewusstsein, wenn die betreffenden Nervenkörper der Hirnrinde in einen bestimmten Grad der Reizung versetzt werden. — Wer aber percipirt den Reizzustand der Ganglienkörper, da sie es doch selbst nicht thun können? — Die Neuroglia, jene der Protoplasmamasse der Rindenkörper so ähnliche „nervöse" Substanz, die die Oberfläche des Gehirnes allseitig umgibt. — Ist es so, dann bekommen wir damit Aufschluss über viele dunkle psychologische und psychopathische Vorgänge.

Wir wollen in keine Kritik des eben Mitgetheilten eingehen, weder über die aufgefundenen anatomischen Thatsachen, nach welchen die Zelle in ihrem eigenen Protoplasma sitzt, noch wollen wir über die psychologischen Deductionen des Verfassers an dieser Stelle unser Urtheil kundgeben.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Errichtung von Specialasylen für verbrecherische Irre.

Von Dr. Wiedemeister in Osnabrück.

(Allg. Zeitschr. für Psychiatrie 28. Bd. 2 Heft.)

Dem von manchen Seiten gehegten Wunsche nach Errichtung solcher Specialasyle, denen die in England bestehenden Anstalten Broadmoor und Dundrum als Muster dienen sollten, kann Verfasser nicht beistimmen.

Verübt ein Geisteskranker einen Mord oder eine ähnliche That, so liegt keine strafbare Handlung vor, und der Thäter gehört einfach in ein Irrenhaus; Recht und Moral fordern dies; diejenigen aber, die erst während der Verbüssung ihrer Strafe geisteskrank geworden sind, bedürfen einer Entfernung aus der Strafanstalt nicht, und können ganz gut in dem Lazarethe derselben untergebracht werden.

Fasst man ferner die praktische Ausführlichkeit des Projectes Specialasyle für verbrecherische Irre zu errichten, in's Auge, so würde der Kostenpunkt — berechnet nach den in England für dieselben verwendeten Summen — allein schon dagegen sprechen.

Viel einfacher hingegen würde sich die Sache gestalten, wenn man statt einer selbstständigen Anstalt mit all den Gefahren und Schwierigkeiten, die man in England kennen gelernt hat, in den vorhandenen Strafanstalten Appendices für die Geisteskranken herrichtete.

H. B. Obersteiner.

Anmerkung. Die nächste Nr. 10 und 11 wird wegen der noch laufenden Ferien Ende November erscheinen.

Die Redaction.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

Literatur.

Geistesleben.

Betrachtungen über die geistige Thätigkeit des menschlichen Gehirns und ihre Entwickelung

von

Med. Dr. Gottfried Ritter von Rittershain,

k. k. a. o. Professor an der Universität in Prag.

Mit zwei Holzschnitten. gr. 8. 1871. Preis: 1 fl. — 20 Ngr.

Verlag von W. Braumüller in Wien.

Der gelehrte Verfasser dieser interessanten Schrift hält an dem Grundsatze fest, dass es ohne die Würdigung der Beziehungen der geistigen Thätigkeiten des Menschen zu dessen Körper und insbesondere zum Gehirne, sowie ohne die Berücksichtigung der gegenseitigen Entwickelung beider, keine Psychologie gebe. Deshalb gehen seine Betrachtungen von dem Gehirne selbst aus und beginnen in der Kinderstube. Auf dieser Basis aber werden das Wesen, die Entwickelung und die Abweichungen der wichtigsten Aeusserungen der Gehirnthätigkeit in allgemein verständlicher, klarer und fliessender Darstellung, sowie mit möglichster Kürze behandelt, so dass diese Abhandlung in der That den Namen einer Miniatur-Psychologie für die gebildete Leserwelt verdienen und die entsprechende Anerkennung auch von Seite des Laienpublikums, für welche sie bestimmt ist, finden dürfte.

Die Sinnestäuschungen,

Hallucinationen und Illusionen.

Allgemein verständlich dargestellt

von

Dr. med. A. Mayer

in Mainz.

gr. 8. 1869. Preis: 2 fl. — 1 Thlr. 10 Ngr.

Verlag von W. Braumüller in Wien.

Der durch seine früheren Arbeiten: „Zur Verständigung über Materialismus und Spiritualismus" und „Zur Seelenfrage" rühmlichst bekannte Verfasser hat sich im obigen Werke die Aufgabe gestellt, dem grossen Leserkreise von Nichtärzten — vielleicht auch Aerzten — die räthselhaften Erscheinungen der Seelenstörung aufzuklären. Vor Allem den Zweck einer allgemeinen Verständlichkeit vor Augen habend, schickt er dem eigentlichen Thema eine kurzgefasste Anatomie und Physiologie derjenigen Organe voraus, deren Thätigkeiten eben im Erkennen bestehen, oder die Erkenntniss ausmachen. Auf dem so vorbereiteten Boden entwickelt der Verfasser eine anschauliche Beschreibung und Erklärung der krankhaften Erscheinungen des menschlichen Seelenlebens. — Das höchst verdienstvolle Werk ist eine Quelle reicher Belehrung für Jeden, der sich zur Selbstbelehrung über das menschliche Seelenleben angeregt fühlt

24. November. 1871. Nr. 10 & 11.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf und **Th. Meynert.**

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokolls-Sitzung vom 28. October. — Schüle. Ueber eine bemerkenswerthe Wirkung des Chloralhydrats. — Crichton Brown. Mutterkorn bei Geisteskrankheiten.. — W. Zenker. Zur Casuistik der Hirngeschwülste. — Tigges. Entgegnung auf die Abhandlung: Ueber Zählblättchen von Dr. W. Sander. — Liebreich. Ueber ein neues Narkoticum. — Pagenstecher. Experimente und Studien über Gehirndruck. — Jolly. Ueber Hirndruck und Kreislauf im Schädel. — Westphal. Künstliche Erzeugung von Epilepsie bei Meerschweinchen. — Henle. Handbuch der Anatomie. „Gehirn".

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 28. October 1871.

Der Vorsitzende, Director Spurzheim, begrüsst die Versammlung und ladet die Mitglieder des Vereines mit warmen Worten zur eifrigen Theilnahme in dem beginnenden Vereinsjahre ein.

Dr. Hinterstoisser verliest hierauf ein vom k. k. Bezirksarzt Dr. Grabacher eingesendetes ärztliches Gutachten.

Dasselbe betrifft ein 54jähriges Individuum N., welches wegen versuchter Brandlegung in Haft und Untersuchung gezogen wurde.

Aus den von dem k. k. Kreisgerichte mitgetheilten Erhebungsacten entnimmt man, dass N. am 15. Juli d. J. gegen Mittag in den Laubstreuhaufen nächst dem Hause eines Wirthschaftsbesitzers Feuer gelegt, das ausbrechende Feuer wurde glücklicherweise bald entdeckt und gelöscht.

Ein von den Gerichtsärzten ausgestelltes Gutachten erklärt N. als geisteskrank und zwar mit Blödsinn minderen Grades behaftet. Diese Geisteskrankheit sei eine andauernde, auch sei N. schon im 22. Lebensjahre einmal in der Irrenanstalt in Wien untergebracht gewesen. — Die Geistesstörung habe auch zur Zeit der That bestanden. Es sei die schon dadurch beeinträchtigte Zurechnungsfähigkeit überdies zur

Zeit der That in Folge übermässigen Weingenusses vollkommen aufgehoben worden. — Nachdem sich der Untersuchte offenbar als gemeinschädlich erwiesen hat, wird seine Unterbringung in eine Irrenanstalt beantragt.

Am 5. September wurde N. von Dr. Grabacher einer eingehenden ärztlichen Untersuchung und längeren Beobachtung unterzogen, welche in Zusammenhang mit den mitgetheilten gerichtlichen Erhebungen Dr. G. zu folgendem Ausspruch veranlasste:

N. ist entschieden geistesschwach, in niederem Grade blöde, seine Zurechnungsfähigkeit ist als eine verminderte zu betrachten.

Sein psychischer Schwächezustand ist ein bleibender, unheilbarer.

Dem Gutachten der Gerichtsärzte wird beigestimmt und zugegeben, dass der Beschuldigte zur Zeit der That berauscht gewesen war und in einem Zustande sich befunden haben mag, der die Zurechnungsfähigkeit hinsichtlich des ihm zur Last gelegten Verbrechens der Brandlegung ausschliesst.

Im vollbetrunkenen Zustand dürfte übrigens der Untersuchte nicht gewesen sein, da er die That, von einem gewissen Gefühle der Rache geleitet, angeblich nur in der Absicht den Bedrohten zu erschrecken, vollführt hat.

Auf Grund seines psychischen Schwächezustandes, des Blödsinnes minderen Grades kann N. zur Uebergabe in eine öffentliche Irrenanstalt nicht beantragt werden; er ist vielmehr seiner Heimatsgemeinde mit dem Auftrage zurückzustellen, ihn unter Aufsicht und Ueberwachung zu halten und Sorge zu tragen, dass er sich zu leichteren, mechanisch zu verrichtenden Arbeiten verwenden lasse, aber nicht von Anderen in boshafter, muthwilliger Weise geneckt, gereizt, verlacht, verspottet oder misshandelt werde.

In Bezug auf die von den Gerichtsärzten ausgesprochene Gemeinschädlichkeit könnte der Untersuchte nur in eine Anstalt für unheilbare Irre abgegeben werden, in welcher er voraussichtlich zeitlebens zurückgehalten werden müsste.

Ueber Antrag des Unterzeichneten wurde das Gutachten über den mehrgenannten Geisteskranken von der k. k. Bezirkshauptmannschaft der hohen Statthalterei zur Entscheidung über die Frage, ob der Blöde in eine Irrenanstalt abgegeben, oder seiner Zuständigkeitsgemeinde zurückgeschickt werden soll, vorgelegt.

Die hohe Statthalterei hat hierüber mit Erlass vom 22. l. M. eröffnet:

„Nachdem aus der Erhebung über den Geisteszustand des N. hervorgeht, dass derselbe mit einem mässigen Grade von Blödsinn behaftet, dass sein Zustand ein unheilbarer ist, dass der Genannte jedoch nicht als gemeinschädlich anerkannt werden kann, so kann die Aufnahme desselben in eine der beiden Landes-Irrenanstalten nach §. 1 der Statuten nicht veranlasst werden, und wird entschieden, dass der Un-

tersuchte von seiner Zuständigkeitsgemeinde entsprechend überwacht werde.«

Dr. G. glaubt im vorliegenden Fall den Act der versuchten Brandlegung als ein Symptom des geisteskranken Zustandes des N. auffassen zu sollen, mit der Beschränkung jedoch, dass derselbe nicht in einem nothwendigen durch die vorhandene Geisteskrankheit ursächlich bedingten Zusammenhange stehe, sondern dass die Brandstiftung als eine mit Bezug auf den geisteskranken Zustand zufällige, ausserwesentliche Erscheinung zu betrachten sei.

Regierungsrath Prof. Beer bemerkt hierauf, dass weder vom Richter gefragt, noch vom Arzte ausgesagt werden soll, ob ein Inculpat zurechnungsfähig oder unzurechnungsfähig sei.

Auf die Aeusserung Prof. Meynert's, dass vor Kurzem Liemann sich für diese Fragstellung ausgesprochen und dieselbe in Preussen bereits üblich sei, entgegnete Prof. Beer, er halte es dennoch für correct nur dem Richter die Beantwortung der Zurechnungsfrage anheim zu stellen.

Prof. Leidesdorf wendet sich gegen den Erlass der hohen Statthalterei, welche den Kranken als nicht gemeingefährlich betrachtet, ihm damit die Aufnahme in eine Irrenanstalt verschliesst und die Gemeinde, der sie ihn anheimstellt, abermals den Gefahren aussetzt, vor welchen nur ein glücklicher Zufall sie eben bewahrt hatte. — Prof. L. knüpft an seine Bemerkung den Antrag, die Discussion über gemeingefährliche Irre auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung zu bringen; wird einstimmig angenommen.

Hierauf hielt Prof. Meynert einen Vortrag über »primäre Formen der Psychosen«, unterbrach denselben jedoch wegen vorgerückter Abendstunde.

Der Vortrag wird daher erst nach seiner Vollendung in diesem Blatte erscheinen.

Ueber eine bemerkenswerthe Wirkung des Chloralhydrats.

Von H. Schüle.

(Allg. Zeitschrift für Psych. Bd. XXVII. Heft I.)

Bald nachdem in der Illenauer Anstalt das Chloralhydrat in ausgedehntere Anwendung gezogen war, wurde von dem oder jenem Patienten, die Alle sonst voll Lobes über die eminente Schlafwirkung des Mittels waren, die Klage über zeitweise innere Hitze, speciell über Kopfcongestionen erhoben. Dieses Symptom von Schüle Rash genannt

wurde alsbald als thatsächlich abhängig vom Chloralgebrauch erkannt. — Diese Hitze und Kopfröthe entstand nicht unmittelbar und in einer bestimmten Zeit nach dem Einnehmen des Chlorals, sondern jeweils erst — aber dann auch mit einer erstaunlichen Regelmässigkeit — nach dem Genusse von Bier oder Wein und dies selbst nach kleinen Quantitäten dieser Excitantien. — Ferner musste in beinahe jedem Falle ein mehrtägiger Chloralgebrauch vorausgeschickt sein; gleichsam, als ob der Organismus zuerst bis zu dem erforderlichen Grade chloralisirt werden müsste, um den Rash aufkommen zu lassen; ebenso hörte dieser nicht sofort nach Weglassen des Chlorals auf, sondern wurde successive schwächer, bis er allmälig gewöhnlich nach 4—6 Tagen gänzlich ausblieb. Dies Phänomen, einmal erkannt, konnte vollständig experimentell hervorgerufen werden. S. weist die eben angedeuteten Erscheinungen an zwei genau mitgetheilten Fällen nach und konnte auch durch eine ophthalmoskopische Untersuchung die beim Rash vorhandene Anwesenheit eines Congestivzustandes im Inneren des Schädels nachweisen. — Die Netzhautvenen, die schon vor dem Biergenusse bei einem chloralisirten Kranken stark gefüllt waren, sind mit beginnendem Rash noch merklich breiter und dunkler roth geworden, namentlich aber haben sich die Netzhautarterien, welche vorher nur schwach entwickelt waren, zu breiten, stärker gefüllten Stämmen und Stämmchen entwickelt. Auch die feinsten intrapapillaren Reiserchen hoben sich jetzt exquisit hervor. Der Puls war von 84 auf 104 gestiegen. — Um deutlich zu zeigen, dass die Chloralisirung des Körpers eine gewisse Höhe erreicht haben muss, bevor an Herz- und Gefässinnervation die charakteristischen Veränderungen zu Tage treten, und dass die individuelle Erregbarkeit das Reizquantum bestimme, welches bei der absolut gleichen Höhe der Chloraldosis zur Auslösung des Rash erforderlich sei, theilt S. noch einige detaillirte Krankengeschichten mit, um endlich die gewonnenen klinischen Thatsachen in folgenden Punkten zusammenzufassen:

1. Der Chloralgebrauch setzt eine Geneigtheit zu fluxionären Hyperämien mit vermehrter und verstärkter Herzaction. Dieselben betreffen zuerst und vorwiegend den Kopf durch Erweiterung und stärkere Füllung der Gefässe und ein intensives, anfangs fleckiges, später mehr diffuses Erythem.

2. Diese kurz als Chloral-Rash bezeichnete Congestion ist latent, bis sie von einem das Gefässsystem betreffenden Reize ausgelöst wird; dann tritt sie aber mit einer dem Grade der vorhandenen Chloralisirung parallelen Intensität und Raschheit hervor.

   Der Reiz der gewohnten Spirituosen, Wein und Bier und zwar zum Theil schon in den bescheidensten Mengen, so wie der nach genommener Mahlzeit durch die Verdauung geänderte Tonus der Gefässnerven reichen aus, den Chloral-Rash hervorzurufen. Die Reiz-

grösse ist eine individuell verschiedene, von der Gefässerregbarkeit des Individuums abhängige.

3. Die Zeit zur Umbildung des Organismus zu dieser fluxionären Geneigtheit ist gleichfalls eine individuell verschiedene.
4. Bei lange anhaltendem Chloralgebrauche wurde in einem Falle eine unverkennbare Beeinflussung des Stoffwechsels (rasch wachsende übermässige Fettleibigkeit, beständiger Heisshunger, Schwäche der Muskulatur) und Störungen der Respiration (beständige Engigkeit) beobachtet.

S. glaubt auf Grundlage seiner Beobachtungen annehmen zu müssen, dass die durch das Chloral bewirkte Anenergie der Kopfgefässe, die der arteriellen Fluxion nach Gehirn und Gesicht zu Grunde liegt, in das centrale vasomotorische Centrum in der Medulla oblongata zu setzen wäre. — Eine fortschreitende paralysirende Einwirkung von demselben Centralherde aus auf den Vagus würde die fast constante Pulsbeschleunigung verständlich machen, vorausgesetzt, dass letztere sich nicht schon als die einfache Resultante aus der vermehrten Triebkraft des Herzens und verminderten Druckhöhe ergeben dürfte.

Schliesslich zieht S. aus seinen Erfahrungen den Schluss, mit dem Gebrauche des Chlorals vorsichtig zu sein und jeden Krankheitsfall nach allen von ihm im Verlaufe seiner Arbeit angedeuteten Momenten genau zu erwägen, bevor man einer mehrstündigen und dabei nicht immer sicheren Hypnose zu Liebe, die Beeinflussung des vasomotorischen Systems in Kauf nimmt, eine therapeutische Beigabe, die nirgends schwerer, als in den Psychoneurosen wiegt, wo die vasomotorischen Verhältnisse unbestritten mit die wichtigste Rolle spielen.

Leidesdorf.

Mutterkorn bei der Behandlung von Geisteskrankheiten.

Von Crichton Browne in West Riding Asylum.

(The Practitioner Juni 1871.)

Die Bemerkung Brown-Séquard's, dass dem Mutterkorne die Eigenschaft zukomme, eine Contraction der Rückenmarksgefässe zu erregen, bewog den Verfasser dieses Mittel durch 6 Jahre hindurch in Geisteskrankheiten zu versuchen, indem er voraussetzte, dass demselben eine ähnliche Wirkung auf die Gefässe des Gehirnes und damit auch ein modificirender Einfluss auf dessen Thätigkeit eigen sei.

Es hat das Secale cornutum in vielen von jenen acuten Formen der Geisteskrankheit, die gewöhnlich auf einen hyperämischen Zustand des Gehirns zurückgeführt werden, die Erwartung, die man von seinem

Gebrauche hegte, nicht befriedigt, hingegen hat es sich mit gutem, theilweise sogar mit überraschendem Erfolge bewährt in der recurrirenden Manie, in der chronischen Manie mit lichten Intervallen, und in der Mania epileptica.

In diesen Formen mildert es die Erregung, kürzt die Anfälle ab und verlängert die Zwischenräume zwischen denselben, oder lässt die Anfälle gar nicht mehr auftreten, und ist ein nicht zu unterschätzendes Schutzmittel gegen die gefährliche Erschöpfung der Maniaci.

Bei dem Gebrauche des Mutterkornes ist vor allem darauf zu sehen, dass das Präparat noch wohlerhalten, frisch genug sei, um die erwünschten Resultate zu erzielen.

Die Dosen, in denen es gereicht werden soll und gereicht werden kann, ohne dass selbst nach längerer Zeit die als Ergotismus bekannten üblen Zufälle eintreten, sind 1 — 2 Drachmen der (englischen) Tinctur, dreimal des Tages $^1/_2$—1 Drachme vom flüssigen Extracte und 5—10 Gran vom Alcaloide, dem Ergotin; die derart behandelten Kranken klagen nur gelegentlich über Kopfschmerzen, Undeutlichkeit des Sehens, Formication und Anästhesie in Händen und Füssen.

H. B. Obersteiner.

Zur Casuistik der Hirngeschwülste.

Von Dr. W. Zenker.

(Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie Bd. XXVIII. Heft 2.)

Frau K., 53 Jahre alt, welche 28 Jahre lang kinderlos in guter Ehe gelebt hatte, verfiel in allmälig zunehmende Geistesabwesenheit und Stumpfsinn, ohne vorausgegangene Angst, Unruhe oder Aufregung. — Obwohl dieser Zustand in der Anstalt, wohin sie gebracht worden war, sich besserte, blieb ein gewisser Grad von Blödsinn doch unverkennbar; auch dauerte die Besserung nur einige Monate um hierauf einen höheren Grad zu erreichen. — Eine rasch sich entwickelnde Pleuro-Pneumonie machte dem Leben der Kranken ein Ende.

Ueber ihren körperlichen Zustand wird bemerkt, dass die kräftig gebaute Frau bei ihrer Aufnahme im Besitze gesunder Brust- und Bauchorgane war. — Die Muskelbewegungen kamen ohne Präcision und Energie zu Stande, der Druck der Hand war kraftlos, die Bewegungscombinationen derselben unsicher. — Die Gangart war watschelnd und schlürfend. Patientin neigte nach rechts über, strauchelte und fiel leicht nach dieser Seite hin. Das Wenige was sie sprach wurde in eigenthümlich langsamer und leiernder Weise vorgebracht. Zittern der Zunge und Vibriren der Stimme hingegen war zu keiner

Zeit vorhanden. — Die Dysphagie trat erst in späterer Zeit hervor und war stets eine mässige. Die vorhandene Analgesie beschränkte sich nicht auf gewisse Hautbezirke. Reflexerregbarkeit und elektromusculäre Contractilität allgemein erheblich reducirt.

Bei zunehmender Unzulänglichkeit der willkürlichen Bewegungen musste die Kranke Monate lange vor ihrem Tode andauernd im Bette liegen; es trat auch Incontinentia alvi et urinae, so wie Decubitus auf.

Die 17 Stunden nach dem Tode angestellte Obduction ergab bezüglich der Hirnerkrankung nachstehenden Befund:

Schädeldach von gewöhnlicher Beschaffenheit. Dura mater dick, über der Fossa cr. med. rechterseits dünne, frische pachymeningitische Auflockerungen. Auf der Convexität der Hemisphäre des Grosshirns, namentlich den Sulcis entsprechend, grosse, helle, fluctuirende Wasserblasen, welche beim Anschneiden der Arachnoidea klares Serum ausfliessen lassen.

Pia mater verdickt, serös infiltrirt.

Ueber den Zügen der ersten Stirnwindung unter der Pia ein lockeres, geronnenes, zweithalerstückgrosses Extravasat.

Die Hirnwindung, weit vorwiegend des Stirnhirns, atrophisch. Hirngewicht 1 Pfund, 8 Neuloth, 2·5 Quentchen.

Die Consistenz des Gehirns auf Durchschnitten gesteigert, speckig, zähe, ödematös.

Seitenventrikel erheblich ausgedehnt, mit Serum gefüllt, Ependym granulirt.

Der vierte Ventrikel bildet den überraschenden Befund, dass im Calamus script. der Rautengrube eine den unteren Theil der letzteren ausfüllende, bis zu den Striae medullares hinaufreichende solide Geschwulst gelagert ist; von der Form und Grösse einer kleinen Feldbohne; dieselbe ist uneben, von anscheinend gelappter Oberfläche, hellgrauer Farbe und der annähernden Consistenz des Kleinhirns. — Sie liegt frei in der Rautengrube, ist nur mit der Seitenwand des Ventrikels mit dem Riemchen und Fun. grac. verbunden. Abgesehen von leichter Excavation der Stelle, in der die Geschwulst gelagert war, erwiesen sich sämmtliche benachbarte Gebilde normal.

Das Kleinhirn, die Norm an Wassergehalt und Zähigkeit übertreffend, bietet übrigens normale Verhältnisse dar.

Am Rückenmarke nichts abnormes.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab eine grosse Menge runder, ovaler, granulirter Kerne, mit häufig wahrnehmbarem Nucleolus; nächst ihnen sehr zahlreiche kleine und häufig unvollkommen entwickelte Ganglienzellen, so wie ein, die ganze graue Masse diffus durchsetzendes, gestreiftes, theils wellenartig angeordnetes Bindegewebe. Demnach handelt es sich um eine wesentlich aus grossen

Kernen, primitiven Ganglienzellen und Bindegewebe zusammengesetzte Geschwulst, deren Textur übrigens von der in der Grosshirnrinde des Menschen vorhandenen Gewebsanordnung durchaus verschieden sich erwies.

Bei einem Vergleiche des vorstehenden Befundes mit den in der Literatur bisher verzeichneten Fällen von Neubildung und sogenannter Heterolopie grauer Hirnsubstanz, glaubt Z. diesem Falle eine gewisse Eigenartigkeit zuschreiben zu müssen, welche sich sowohl auf den Sitz als auf die Beschaffenheit der Geschwulst bezieht.

Ein direct causaler Zusammenhang zwischen Geschwulst und Psychose wird von Z. nicht angenommen. Leidesdorf.

Entgegnung auf die Abhandlung: Ueber Zählblättchen und ihre Benutzung bei statistischen Erhebungen der Irren etc. von Dr. Sander.

Von Dr. Tigges (Berlin Sittenfeld, 1871).

Wir wollen aus dieser Arbeit nur die vom Vrf. aufgestellten statistischen Tabellen wiedergeben, weil sie von einfacher praktischer Anwendung und bei allgemeiner Annahme von grösstem Belange für die Erzielung einer einheitlichen Irrenstatistik erscheinen.

Tabelle 1.

Allgemeine Bewegung der Bevölkerung nach Formen. (Alle Formen).

Erste verticale Colonne (enthält folgende Eintheilung): **1.** Melancholie, **2.** Manie, **3.** Wahnsinn, **4.** Blödsinn, **5.** Paralytische Geistesstörung, **6.** Geistesstörung mit Epilepsie, **7.** Idiotie (mit Cretinismus). **8.** Summa aller Formen — Anhang, **9.** Delirium tremens.

Erste horizontale Spalte (enthält folgende Eintheilung): I. **1.** Bestand am 1. Januar. II. Aufgenommen während des Jahres: **2.** Zum 1. Male aufgenommen, **3.** Wiederholte Aufnahme nach vorher erfolgter Genesung, **4.** dito ohne vorherige Genesung, **5.** Versetzt von einem anderen Asyl, **6.** Summa der Aufnahmen. III. **7.** Summa des Bestandes und Zuganges. IV. Abgegangen während des Jahres: **8.** Genesen, **9.** Gebessert, **10.** Ungebessert in die Familie entlassen, **11.** Ungebessert in eine andere Anstalt versetzt, **12.** Gestorben, **13.** Summa des Abganges. V. **14.** Bestand am 31. December. VI. **15.** Durchschnittlicher Bestand während des Jahres.

Tabelle 2. Aufnahmen.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme nach Form und Erblichkeit (mit Ausschluss der ohne vorherige Genesung wieder Aufgenommenen).

Erste verticale Colonne: **1.** Melancholie, **2.** Manie, **3.** Wahnsinn, **4.** Blödsinn, **5.** Paralytische Geistesstörung, **6.** Geistesstörung mit Epilepsie, **7.** S. aller Formen, **8.** Darunter Erbliche.

Erste horizontale Spalte: **1.** Bis zu 1 Monat, **2.** 2—3 Monat, **3.** 4—6 Monat, **4.** 7—12 Monat, **5.** Im 2. Jahre, **6.** Vom 3. bis 5. Jahre, **7.** Ueber 5 Jahre, **8.** Unbestimmte Krankheitsdauer, **9.** Summa.

Tabelle 3. Aufnahmen.

Alter der Erkrankung (des Anfalls, der zur Aufnahme gelangte) nach Form, Erblichkeit und Civilstand bei 1. Aufnahme.

Erste verticale Colonne: **1.** Bis 15 Jahren. **2.** 16—20 J. **3.** 21—25 Jahre. **4.** 26—30 J. **5.** 31—35 J. **6.** 36—40 J. **7.** 41—45 J. **8.** 46—50 J. **9.** 51—60 J. **10.** 61—70 J. **11.** 71—80 J. **12.** Ueber 80 J. **13.** Unbekannt. **14.** Summa.

Erste horizontale Spalte: I. Formen. **1.** Melancholie, **2.** Manie, **3.** Wahnsinn, **4.** Blödsinn, **5.** Paralytische Geistesstörung, **6.** S. der Formen. II. Erblichkeit. **7.** Erbliche Fälle. III. Civilstand. **8.** Ledig, **9.** Verheirathet, **10.** Verwittwet und geschieden, **11.** Unbekannter Civilstand.

Tabelle 4. Aufnahmen.

Complicationen nach Formen. (Erste Aufnahmen.)

Erste verticale Colonne: **1.** Melancholie, **2.** Manie, **3.** Wahnsinn, **4.** Blödsinn, **5.** Paralytische Geistesstörung, **6.** Geistesstörung mit Epilepsie, **7.** Idiotie, **8.** Summa.

Erste horizontale Spalte: **1.** Taubstummheit, **2.** Blindheit auf beiden Augen.

Anmerkung: Sollten beide Complicationen bei einem Individuum zusammen vorkommen, so ist diesem Umstande in einer Anmerkung zu der betreffenden Rubrik Ausdruck zu geben.

Tabelle 5. Aufnahmen.

Erblichkeit und Familienanlage (ohne Epilepsie mit Geistesstörung und Idiotie. (1. Aufnahmen) *).

Erste verticale Colonne: I. Directe Erblichkeit, d. h. Eltern litten an: **1.** Von Vater Seite, **2.** Von Mutter Seite, **3.** Von beiden Sei-

*) Jeder Fall wird nur 1 Mal registrirt. Wo daher mehrere vorliegende Verhältnisse vorhanden sind, geschieht die Rubricirung nach dem Princip: de potiori fit denominatio. Es wird demnach, wo die I. Abtheilung (Eltern ergriffen) und II. Abtheilung (Familienanlage) zusammen vorkommen, die Rubricirung im Sinne der I. Abtheilung ausgeführt, wo

ten *). II. Familienanlage: a) in aufsteigender Linie, d. h. Grosseltern, Geschwister des Vaters oder der Mutter litten an: **4.** von Vater Seite, **5.** von Mutter Seite, **6.** von beiden Seiten, b) in gleichstehender Linie, d. h. **7.** Geschwister litten an: III. **8.** Blutsverwandtschaft der Eltern und in welchem Grade: **9.** Geschwister von Rubricirten **), **10.** Erblichkeit unbekannt, **11.** Nichterbliche.

Erste horizontale Spalte: **1.** Geisteskrankheit, **2.** Nervenkrankheit, **3.** Trunksucht, **4.** Selbstmord, **5.** Psychisch auffallende Charaktere, **6.** Vergehen, **7.** Summa.

Tabelle 6. Aufnahmen.

Religion nach Form und Erblichkeit. (1. Aufnahme.)

Erste verticale Colonne: **1.** Katholiken, **2.** Evangelische, **3.** Juden und unbekannt.

Erste horizontale Spalte: I. Erworbene Geistesstörung. **1.** Erblich, **2.** Nichterblich, **3.** Erblichkeit unbekannt. II. Angeborene Geistesstörung. **4.** Erblich, **5.** Nichterblich, **6.** Erblichkeit unbekannt. III. **7.** Summa S.

Tabelle 7. Aufnahmen.

Zahl der Aufnahme und Erblichkeit.

Erste verticale Colonne: **1.** 1. Aufnahme, **2.** 2. Aufnahme, **3.** 3. Aufnahme, **4.** 4. Aufnahme. **5.** 5. Aufnahme . . . . . Summe der Aufnahmen.

Erste horizontale Spalte: **1.** Erblich, **2.** Nichterblich, **3.** Erblichkeit unbekannt, **4.** Summa.

Tabelle 8. Genesungen.

Genesungen nach Erblichkeit und Zahl der Aufnahme. (1. Aufnahmen und wiederholte Aufnahmen.)

Erste verticale Colonne: 1. Aufnahme etc. wie in Tabelle 7.

Erste horizontale Spalte: 1. Erblich etc. wie in Tabelle 7.

II. Abtheilung (a) und (b) zusammen vorkommen', im Sinne von (a). Wo die verschiedenen Abtheilungen des Kopfes zusammen vorkommen, geschieht die Rubricirung immer im Sinne der vorherstehenden, also die Geisteskrankheit wird bevorzugt vor der Nervenkrankheit etc.

*) Bei directer Erblichkeit von einer Seite, indirecter von der andern, wird ebenfalls hier registrirt, um die übrigen Abtheilungen um so reiner darzustellen.

**) Wo bereits Geschwister rubricirt sind, müssen die weiter aufgenommenen besonders (9 der vertikalen Colonne) in der Summa des Kopfes (9) rubricirt werden, um den massgebenden Einfluss (wegen Vergleichung mit dem Vorkommen desselben in der Bevölkerung) nicht mehrfach zu zählen.

Tabelle 9. Genesungen.

Genesungen nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme, nach Form und Erblichkeit. (Erste und wiederholte Aufnahmen, daher in Beziehung zu Tabelle 2.)

Erste verticale Colonne: **1.** Melancholie, **2.** Manie, **3.** Wahnsinn, **4.** Blödsinn, **5.** Paralytische Geistesstörung, **6.** Geistesstörung mit Epilepsie, **7.** Summa aller Formen, **8.** Darunter Erbliche.

Erste horizontale Spalte: Krankheitsdauer vor der Aufnahme: **1.** Bis zu 1 Monat, **2.** 2—3 Monat, **3.** 4—6 Monat, **4.** 7—12 Monat, **5.** im 2. Jahre, **6.** 3—5 Jahre, **7.** über 5 Jahre, **8.** unbestimmte Krankheitsdauer, **9.** Summa.

Tabelle 10. Todesfälle.

Todesursachen nach den Formen.

Erste verticale Colonne: I. Allgemeine acute Krankheiten: **1.** Typhus, **2.** Dysenterie, **3.** Andere Infectionskrankheiten (Pocken, Cholera etc.). II. Allgemeine chronische Krankheiten: **4.** Lungen- und Darm-Tuberculose, **5.** Caries, Decubitus, Zellgewebsentzündung und Brand. III. Todesfälle vom Nervensystem aus: A. Gröbere organische Veränderungen des Nervensystems: **6.** a) im chronischen Verlaufe (Geschwülste, Tuberkel, Erweichungen, Hydrocephalus); **7.** b) in acutem Verlaufe (Meningitis, Blutextravasat, Hydrocephalus). B. Nervöse Erschöpfung vom Gehirn aus, ohne gröbere organische Veränderungen erfolgende Todesfälle: **8.** a) in acutem Verlaufe; **9.** b) in chronischem Verlaufe, Marasmus. IV. Andere Localkrankheiten: **10.** Krankheiten der Athmungsorgane; **11.** Herz- und Gefässkrankheiten; **12.** Krankheiten der Verdauungsorgane; **13.** Krankheiten der Nieren und Geschlechtsorgane. V. Gewaltsame Todesarten: **14.** Selbstmord; **15.** Unglücksfälle; **16.** Summa aller Todesfälle.

Erste horizontale Spalte: **1.** Melancholie, **2.** Manie, **3.** Wahnsinn, **4.** Blödsinn, **5.** Paralytische Geistesstörung, **6.** Geistesstörung mit Epilepsie, **7.** Idiotie, **8.** Summa.

Formale Abänderung der Pos. II. des vorgeschlagenen Zählblättchens.

(cfr. Seite 4.)

11. Erblichkeit und Familienanlage:
   A. Bei 1. Aufnahme und, im Fall mehrere Geschwister aufgenommen wurden, nur bei den zuerst Aufgenommenen, nach folgenden Abtheilungen: a) Fanden sich bei den

I. Eltern, und zwar 1. von Vater Seite, 2. von Mutter Seite, 3. von beider Eltern Seite;
II. Grosseltern, Onkel und Tante — ohne dass bei den Eltern Geisteskrankheiten etc. vorkamen — und zwar: 4. von Vater Seite, 5. von Mutter Seite, 6. von beider Eltern Seite;
III. 7. Geschwistern, ohne dass etc. etc.

Ueber ein neues Narcoticum.

Von Dr. Liebreich.

(Wiener medizinische Zeitung Nr. 45.)

In einem auf der diesjährigen Naturforscher-Versammlung gehaltenen Vortrag weist Dr. Liebreich darauf hin, dass es bei Arzneimittel-Untersuchungen von besonderer Wichtigkeit ist, die Constitution der einzuführenden Substanz zu berücksichtigen. Es ist diese Anschauung besonders wichtig bei Substanzen, die im Organismus eine Zerlegung erfahren; das Chloral, der Aethylalkohol, zeigt die Wirkung der Trichlorgruppe, d. h. des Chloroforms, und es muss die Frage entstehen, ob die gechlorten Aldehyde, falls sie bekannt sein würden, sämmtlich die Wirkung der Trichlorgruppe zeigen.

Von den Herren Krämer und Pinner ist durch Einleiten von Chlor in Allylen das Crotonchloralhydrat dargestellt worden, dasselbe zerfällt beim Behandeln mit Alkalien unter Austritt von Salzsäure in Dichlorallylen und Ameisensäure. Es zeigt sich nun, dass die Wirkung des Crotonchlorals bei Thieren eine vom Chloral verschiedene ist, trotzdem das Crotonchloral ebenfalls an einer Stelle drei Chlor an Kohlenstoff gebunden enthält. Bei Thieren tritt zuerst eine starke Anästhesie am Kopfe ein, während die Sensibilität am übrigen Körper erhalten ist. Diesem Stadium folgt 2. die Functionsunfähigkeit des Rückenmarks, welche sich durch allgemeines Erlöschen der Reflexerregbarkeit charakterisirt. Während dieser Zeit ist Respiration und Puls unverändert. Im dritten Stadium bei grossen Dosen erfolgt bei Thieren der Tod durch Lähmung der Medulla oblongata.

Durch künstliche Respiration gelingt es, Thiere am Leben zu erhalten, weil die Function des Herzens durchaus nicht alterirt wird, während das Chloral als Finalerscheinung eine Lähmung des Herzens bewirkt. Dass die Todesursache durch Lähmung der Med. obl. bedingt ist, lässt sich an Thieren dadurch beweisen, dass durch den elektrischen Reiz des centralen Vagusendes keine Contraction des Zwerchfells während der künstlichen Respiration bei vergifteten Thieren ausgelöst wird, während auf Reizung des Nervus phrenicus Contraction des Zwerchfells erfolgt.

Bei Thieren, die durch künstliche Respiration gerettet sind, d. h. selbstständige Athembewegungen ausführen, bewirkt die Reizung des centralen Vagusendes auch wieder Contraction des Zwerchfells. Die Theorie der Wirkung spricht dafür, dass sich im Organismus Dichlorallylen bildet, und dass dieses analog dem Aethylidenchlorid wirkt, wie der Vortragende bereits früher gezeigt hat. Dass man aber auch eine Wirkung des ganzen Molecüls Crotonchloral bekommen kann, zeigt die Vergiftung von Thieren mit übergrossen Dosen. Hier tritt entgegengesetzt der früher beschriebenen Wirkung die Lähmung des Herzens ein. — Nachdem der Wirkungsweg dieses Mittels an Thieren klargelegt war, konnten Versuche an Menschen nicht gewagt erscheinen. Die ersten Versuche stellte der Vortragende in der Berliner Universitätsklinik an.

Es konnte bei einem Kinde vollständig Anästhesie im Verlaufe des Trigeminus erreicht werden, während die Reflexerregbarkeit am übrigen Körper erhalten blieb. Puls und Respiration waren während der ganzen Narkose in ihrer Frequenz unverändert. Spätere Versuche an Geisteskranken, ergaben dasselbe Resultat, und es zeigt sich somit, dass man im Crotonchloral ein Mittel hat, das Gehirn in eine tiefe Narkose zu bringen, ohne die Thätigkeit des übrigen Organismus herunterzustimmen, während beim Chloral eine entsprechende tiefe Narkose des Gehirns von einer allgemeinen Anästhesie und gefahrbringenden Herabsetzung der Herzthätigkeit begleitet ist.

Experimente und Studien über Gehirndruck.

Von Dr. F. Pagenstecher. Heidelberg 1871. 60 Seiten.

Die im 37. Band von Virchow's Archiv niedergelegten Untersuchungsresultate von Leyden „über Hirndruck und Hirnbewegungen“ bilden auch die Grundlage dieser Arbeit. Pagenstecher konnte, wie es schon früher von anderen Autoren geschehen war (Leidesdorf und Stricker, Injectionsversuche an Hirnen lebender Thiere. Vierteljschr. für Psychiatrie 1867) Leyden's Angaben im Allgemeinen nur bestätigen.

Während dieser aber sein Augenmerk hauptsächlich auf die Höhe des durch die injicirte Flüssigkeit (schwache Kochsalz- oder Eiweisslösungen) gesetzten Druckes gerichtet hatte, wurde in vorliegenden Versuchen Rücksicht genommen auf das Volumen der injicirten, drückenden Masse, und dessen Verhältniss zum Schädelinhalt, und daher auch eine der Resorption nicht unterworfene Injectionsmasse, nämlich in der Regel ein bei 50° C. schmelzendes Gewicht von Wachs und Talg in Anwendung gebracht.

Die Injection geschah mit einem dem Leyden'schen ähnlichen Apparate zwischen Dura und Knochen. — Von den 26 operirten Thieren gingen nur drei direct in Folge der Einspritzung an Encephalitis odrer Entzündung der Hirnhäute zu Grunde, und zwei andere, nachdem duch Auslöffelung der injicirten Masse ein neuer Reiz für das Gehirn gegeben worden war. — Die übrigen Thiere, welche starben, zeigten keinerlei entzündliche Symptome. — Die Schwere der Erscheinungen hängt nicht allein von der relativen Menge der Injectionsmasse ab, indem eine locale starke Anhäufung eine viel grössere Einwirkung auf die tiefer liegenden Nervencentren äussern muss, als ein allgemeiner in geringer Dicke aber über eine grosse Fläche verbreiteter Erguss. Merkwürdig rasch erfolgte bei den Thieren, die nach Drucksymptomen mit dem Leben davon kamen, die vollständige Rehabilitirung. — Das Maximum der injicirten Substanz, welches, ohne Drucksymptome hervorzurufen, injicirt werden konnte, betrug 6·5 % des Schädelinhaltes (was beim Menschen etwa einer Menge von 90 Cubikm., also 4 Unzen Blutes entsprechen würde).

Ohne auf die Einzelheiten der angestellten Versuche einzugehen, sollen die beobachteten Symptome, insbesondere im Vergleiche mit den Leyden'schen Resultaten durchgegangen werden.

1. Schmerz wird, entgegen der von Leyden gemachten Angabe, nur bei der Operation angegeben, nach derselben pflegen die Thiere gewöhnlich keine Schmerzäusserungen zu machen. Dennoch lässt Pagenstecher die Sensibilität der Dura, wenn auch als nicht hochgradig gelten, spricht aber der Pia, wie der Substanz der grossen Hemisphären, jede Empfindlichkeit ab.
2. Als Störungen der psychischen Thätigkeit wurde oft ein gewisser Stupor, grosse Apathie, auch verbunden mit Somnolenz beobachtet; Sopor und Coma sind Zeichen eines schlechten Ausganges.
3. Störungen der Motilität. Heftige, epileptiforme Convulsionen, bestehend in Opisthotonus und Streckkrämpfen der Extremitäten, ohne Betheiligung der Kiefermuskeln, wurden fast regelmässig während der Injection, aber auch nur zu dieser Zeit beobachtet. Verf. hält die Convulsionen für ein Symptom der raschen Druckschwankung, das auch nach einer negativen Schwankung eintreten würde. Reitbahnbewegungen, dreimal nach der verletzten und einmal nach der gesunden Seite hin, und einmal Rollbewegungen nach der gesunden Seite sind verzeichnet.
4. Erscheinungen am Auge. Am häufigsten, besonders im Coma war gleichzeitige Erweiterung und Starrheit der Pupillen, doch auch einmal Erweiterung der Pupille an der operirten Seite; Verengerung der Pupillen, wenn auch nur vorübergehend, trat mitunter ein. Einmal kam es zu Keratitis.

5. Störungen des Pulses, der Respiration und der Temperatur. Uebereinstimmend mit Leyden wird, jedoch nur für die schwereren Fälle, zuerst Verlangsamung und dann starke Beschleunigung der Pulsfrequenz angegeben. Aehnliches gilt von der Respiration, deren Curven in Tafel 3 so ziemlich denen des Pulses entsprechen. Die Temperatur war in den meisten Fällen gleich nach Beendigung der Operation um circa $^1/_2$ ° C. gesunken, hob sich aber rasch wieder, wenn keine Erscheinungen schweren Hirndruckes eintraten. Nur in den letzteren Fällen kam es zu einem, meist nur durch geringere Steigungen unterbrochenen Sinken der Temperatur.

Es ist wohl zu erwarten, dass diese nur an Hunden gemachten Beobachtungen auch für die Diagnose der mit Drucksymptomen einhergehenden Krankheiten des Menschen von Bedeutung sein werden.

H. B. Obersteiner.

Untersuchungen über den Gehirndruck und über die Blutbewegung im Schädel.

Von Dr. F. Jolly. Würzburg 1871.

Die Methoden, nach welchen der Gehirndruck gemessen wurde, sind Modificationen der Leyden'schen.

Der normale Hirndruck, der bekanntlich bei jeder Inspiration sinkt, und bei jeder Exspiration steigt, ist in der Regel nicht bedeutend, kann sogar manchmal unter den Atmosphärendruck sinken.

Um zu entscheiden, auf welche Weise Veränderungen des im Gefässgebiete herrschenden Druckes den Gehirndruck influenciren, boten sich zwei Wege dar: man konnte entweder in die Gehirngefässe eine beliebige Flüssigkeit unter bekanntem Drucke injiciren, oder aber andere Eingriffe an dem Thiere vornehmen, die auf den Blutdruck von Einfluss sind. — Für die erste Methode liesse sich eigentlich nur Blut derselben Thierspecies als brauchbar nämlich als indifferente Flüssigkeit ansehen; doch ist auch halbpercentige Kochsalzlösung nicht vollkommen unbrauchbar, indem die Erregbarkeit der Centralorgane durch diese nicht so schnell vernichtet wird, als man allgemein annimmt; es bleiben nämlich die Reizerscheinungen, die bei Abschneidung jeder Blutzufuhr zum Gehirne auftreten sollen, nur dann aus, wenn auch das Rückenmark aus dem Kreislauf ausgeschlossen wird; da dies aber bei den Versuchen von Nasse und Rosenthal der Fall war, wurde der vernichtende Einfluss der Kochsalzlösung auf die Erregbarkeit überschätzt. — Jede auf diese Weise erzeugte Drucksteigerung sowohl in den Arterien als in den Venen, die das Gehirn versorgen, ist im Stande eine beträchtliche Vermehrung des Gehirndrucks zu bewirken.

Compression der Carotiden ist von geringem Einfluss; sie hat eine geringe negative Druckschwankung zur Folge, nach Aufhebung der Compression erfolgt eine etwas grössere positive Schwankung, die aber sehr bald wieder dem normalen Drucke Platz macht; dies erklärt sich leicht, indem, wenn durch die Carotiden weniger Blut zufliesst, durch die Jugulares weniger abgeführt werden wird.

Die durch Behinderung des Abflusses — Compression der Venae jugulares — erhaltene Vermehrung des Hirndruckes erscheint etwas grösser, wie die durch Erschwerung des Zuflusses erhaltene Verminderung.

Sensible Reize rufen bekanntlich Erhöhung des arteriellen Druckes hervor; doch konnte die auf sensible Reizung eintretende Steigerung des Gehirndruckes nur zum geringen Theile auf die Druckänderung im Gefässsysteme zurückgeführt werden, indem jene bei curarisirten Thieren, an denen künstliche Respiration eingeleitet worden war, nur sehr gering ausfiel; der Hauptantheil dieser Drucksteigerung ist daher auf Rechnung der Athmung zu schreiben.

Eine Reihe von Versuchen in welchen die Hirngefässe unter den eben beschriebenen Verhältnissen direct durch ein an eine Trepanöffnung gekittetes Glasfenster beobachtet wurden, führte unter anderem auch zu dem bewerkenswerthen Resultate, dass der durch die eine Carotis eindringende Blutstrom eine relative Unabhängigkeit von dem der anderen Seite zu bewahren vermag, und dass demnach in einer einzigen Hemisphäre Hyperämie erzeugt werden kann.

Die Untersuchungen an erstickenden Thieren zeigten, dass die Wirkung des durch den Abschluss der Luftwege veränderten Respirationstypus, so lange das Thier lebt, in einer erheblichen Zunahme des Hirndruckes und Hyperämie besteht, und erst mit dem Eintritte des Todes Druck- und Blutfülle abnehmen, und dass letztere in einiger Zeit in völlige Anämie übergeht.

H. B. Obersteiner.

Ueber künstliche Erzeugung von Epilepsie bei Meerschweinchen.

Von Prof. C. Westphal.

Anknüpfend an die bekannten Versuche von Brown-Séquard mittelst Durchschneidung des Rückenmarkes oder des N. ischiadicus bei Meerschweinchen Epilepsie zu erzeugen, ist Westphal weiter gegangen und hat sich mit der Frage beschäftigt, ob ein analoger Zustand auch durch bestimmte Hautverletzungen hervorzubringen sei.

Klopft man einem Meerschweinchen mit einer gewissen Gewalt auf den Kopf, so treten Convulsionen ein, die von ähnlichem Charakter sind, als die von Brown-Séquard erzeugten Attaquen. — War der Schlag nicht zu stark gewesen, so erholen sich die Thiere bald wieder und sind anscheinend ganz gesund.

Nach Verlauf von einigen Wochen hat sich aber eben eine solche Zone épileptogène ausgebildet, wie sie Brown-Séquard bei seinen Versuchsthieren beschreibt; das heisst es existirt eine Stelle am Unterkiefer und Halse, die epileptogene Zone, von welcher aus durch Druck oder Kneifen sich epileptische Anfalle hervorrufen lassen. Hat man die Zeit zur vollständigen Ausbildung dieses Zustandes nicht abgewartet, so lässt sich ein Stadium nachweisen, in welchem durch Reizung der epileptogenen Zone nur unvollkommene Anfälle, bestehend in Kratzbewegungen, Zukneifen des Auges u. s. w. erzeugt werden können.

Westphal hat die Beobachtung Brown-Séquard's, dass sich diese Erscheinungen auf die Nachkommen vererben, bestätigen können.

Als etwaige anatomische Grundlage dieses Zustandes liessen sich allenfalls kleine Hämorrhagien in der Medulla oblongata und im oberen Cervicalmarke, die constant anzutreffen waren, heranziehen, und zwar nach des Verfassers Ansicht, in Sonderheit die letzteren.

An Menschen sind weder diesen, noch den Brown-Séquard-schen Versuchen vollkommen analoge Fälle bekannt; das Vorhandensein einer Rückenmarksepilepsie hält Westphal für nicht erwiesen.

Hingegen werden zwei Fälle angeführt, in denen sich etwas der epileptogenen Zone ähnliches auch beim Menschen beobachten liess.

Bei einem epileptischen Knaben gelang es Westphal dreimal durch Druck auf das Gesicht einen Anfall hervorzurufen.

Der zweite Fall, der auch sonst noch in mannigfacher Hinsicht sehr interessant ist, betraf ein Mädchen, bei welchem durch Druck auf die Austrittsstelle des N. supraorbitalis sin. jedesmal ein Anfall erzeugt werden konnte. Nach Excision eines 3 Cm. langen Stückes des Nerven konnten die Anfälle nicht mehr durch Druck hervorgerufen werden, traten aber wie früher spontan auf. Merkwürdigerweise war die Sensibilität in den vom excidirten Nerven versorgten Hautpartien nicht verloren gegangen, nur die Localisationsfähigkeit herabgesetzt.

Mit Recht endlich stellt W. die Frage, ob die bei Meerschweinchen künstlich erzeugten Anfälle auch mit den epileptischen Anfällen bei Menschen zu identificiren seien.

H. B. Obersteiner.

Henle's Handbuch der Anatomie.

3. Band. 2. Lieferung. Gehirn und Rückenmark.

Diejenige Abtheilung dieses bekannten, vortrefflichen Buches, die die Leser dieser Zeitschrift am meisten interessirt, liegt vor. Gleich den früheren Lieferungen zeichnet sich auch diese durch luxuriöse fast verschwenderische Anwendung von Abbildungen aus. — Um die Schwierigkeiten des Themas auch noch auf andere Weise zu erleichtern, hat Verfasser eine dreimalige Besprechung des Gehirns vorgenommen, vom Einfachsten beginnend, und in den späteren Wiederholungen immer mehr Details hineinzeichnend.

Die physiologischen Ansichten des Verfassers, die wohl auf Widerspruch von manchen Seiten stossen werden, wollen wir nicht näher erörtern.

Erwähnt sei noch, dass dieses Werk unabhängig von den kurz vorher erschienenen Arbeiten Gerlach's und Meynert's in Strikker's Handbuch, entstanden ist.

H. B. Obersteiner.

Dr. Cesare Castiglioni, Präsident der lombardischen Akademie der Wissenschaften, Director der Irrenanstalten von Mailand, Mitredacteur des italienischen Archivs für Psychiatrie, correspondirendes Mitglied unseres Vereines, Verfasser hervorragender wissenschaftlicher Arbeiten, ist vorigen Monats im Alter von 65 Jahren nach kurzer Krankheit gestorben. Die Wissenschaft verliert an ihm einen ansehnlichen, hingebenden Vertreter, die Irren einen eifrigen und humanen Verfechter ihres Rechtschutzes.

Programm
der Versammlung des Psychiatrischen Vereines
am 25. November 1871 um 6 Uhr Abends.

I. Dr. Grabacher: Gutachten über einen epileptischen Knaben.
II. Prof. Meynert: Ueber die primären Formen der Psychosen.
III. Discussion über gefährliche Irre *).

*) Siehe Nr. 4 des psychiatr. Centralblattes den Vortrag von Professor Leidesdorf.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

24. December 1871. Nr. 12.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf und Th. Meynert.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokolls-Sitzung vom 30. November. — Dittmar. Beweis für die Reizbarkeit der centripetalen Fasern des Rückenmarks. — Miescher. Zur Frage der sensiblen Leitung im Rückenmark. — Owsjanikow. Die tonischen und reflectorischen Centren der Gefässnerven. — Lasègue und Legrand du Saulle. Zur Diagnose des Verfolgungswahnes. — Simon. Die Gehirnerweichung der Irren (Dementia paralytica). — Onimus. Experimentaluntersuchungen über Ablation des Grosshirns. — Sutherland. Ueber Arachnoidealcysten. — Zlobikowsky. Ueber den Ramus dento-lingualis.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 30. November 1871.

Prof. Meynert setzt folgenden, in der Sitzung vom October begonnenen Vortrag: „Ueber die primären Formen der Psychosen“ fort.

Wie er in seinem Vortrage über Differentialdiagnose des paralytischen Irrsinns von diesem gezeigt habe, lässt der wachsende Fortschritt der klinischen Beobachtung auch die Spaltung anderer Formen des Irrsinns in eine Zahl schärfer umschriebener Krankheitsbilder erwarten. Innerhalb solcher werden aber immer die beiden Gegensätze von psychischer Elementarstörung hervorleuchten, die man als melancholisch und maniakalisch bezeichnet.

Dass aber über diese Fundamentalformen der Störung durch deren heute gangbare Erklärungen das Verständniss gewonnen sei, muss zuvörderst bezüglich der Melancholie von der Ansicht in Abrede gestellt werden, welche mit Guislain von Griesinger und darnach von Spielmann und Leidesdorf getheilt wurde, dass nämlich die Melancholie aus der Unterstellung einer psychischen Hyperästhesie, welche psychischen Schmerz erzeuge, erklärt werden könne. Diese Unterstellung könnte eben nur durch den Nachweis einer Hyperästhesie im Gebiete der Sinneswahrnehmung begründet werden. Die Melancho-

lischen sind aber gegen Licht, Geräusche und sonstige sinnliche Reize keineswegs abnorm empfindlich. Auch der psychische Schmerz ist primär kein constantes Phänomen der Melancholiker. Kranke, die ihren Zustand vortrefflich schildern, finden sich im Gegentheil von einer beunruhigenden Gleichgiltigkeit in ihrem Gemüthe befangen. Eben so wenig ist das Angstgefühl, das sehr zahlreichen Melancholikern mangelt, die Grundlage ihres Zustandes. Dass Neuralgien bei ihnen nicht constant sind, ist noch bekannter.

Am constantesten erfährt man von den Melancholikern, dass sie eine quälende Hemmung ihres Gedankenganges, eine Abstumpfung ihrer Gefühle, eine ungemeine Erschwerung in der Uebertragung motorischer Impulse empfinden, wobei der darüber empfundene psychische Schmerz oft nur secundär und nicht stricte krankhaft ist. Ausserdem geben sie oft eine Summe schwer in Worte zu fassender, quälender Sensationen im Kopfe an. Die Erscheinungen der Hemmung erreichen ihren Gipfel unter der Form Melancholia cum stupore, haften aber in abgestuften Graden den gesammten Melancholien an. Indem der Stupor (als Ausdruck einer primären psychischen Erkrankung) die höchste Stufe der Melancholie darstellt, ist es bei der, von Anämien abgesehen, kargen Ausbeute der anatomischen Befunde rationell, in, wenn auch einzelnen, den Stupor motivirenden Befunden eine exacte Quelle für das Verständniss der melancholischen Zustände zu erschliessen.

Wurde z. B. bei einem 23jährigen, Studien und Excessen ergebenen jungen Manne, der in Stupor verfiel, Verknöcherung der Schädelnähte gefunden, so musste die Folge dieser Beengung des Schädelraumes in einem Lebensalter, wo das Gehirn noch zunimmt, und bei der genannten, functionelle Hyperämien erfordernden Lebensführung die Zufuhr einer ungenügenden Menge arteriellen Blutes sein. Ein so mangelhaft gespeistes Gehirn verfällt in functionelle Erschöpfung, deren Ausdruck die Hemmungen in der Leitung, das Herabsinken der Intensität der Hirnleistungen sind. Nach ganz gleichen klinischen Erscheinungen wurde der Befund eines angebornen Hydrocephalus bei einem in Stupor verfallenen Mediziner gemacht, und zweifellos bedingte hier der Druck von innen her in ganz gleicher Weise die Disposition zum Stupor, als im andern Falle die von der Schädelwand ausgehende Beengung. In andern Fällen begründeten entwickelte Atrophien anämischen Gehirnes den Stupor.

Solche Erschöpfungszustände leichteren Grades mit ihrem Gefolge von Intensitätsabschwächung der Hirnleistung und Leitungshemmungen liegen in erklärlicher Weise auch den Erscheinungen leichterer melancholischer Erkrankung zu Grunde. Von Seite der Hemmung erklärt sich beispielweise, warum sich des Melancholischen eine Entfremdung gegen alles, was ihm vorher lieb gewesen, bemächtigen kann. Der Reiz auf Retina und Gehirn, den der Anblick einer fremden und

andererseits einer geliebten Person ausübt, ist eben darin verschieden, dass der mannigfache, mit letzterer durchlebte Contact unter wechselnden Aussenbildern und Gemüthslagen an den Ketten der Associationsbündel die reichhaltigste Reihe von Erinnerungsbildern in Mitwirkung versetzt, die, wenn gleich nicht zu klarer Reproduction verstärkt, doch den ganzen Vorgang der Wahrnehmung dieser Person zu einem höchst umfangreichen, und durch Summirung so vieler im Aufsteigen begriffener Reste von Eindrücken zu einem intensiven Vorgang im Gehirne macht, welche Intensität das Wesen eines Affectes bildet. Durch die Hemmung in den Leitungen werden diese Nebenvorstellungen beim Melancholischen nicht in gleicher Summe, zur Erzielung derselben Intensität des Eindruckes herbeigezogen, er bleibt affectlos. Ein Effect abgeschwächter Intensität der Eindrücke ist es, wenn die Kranken trotz allseitig unbeirrter Wahrnehmung behaupten, sie hätten von dem Gesehenen oder Gehörten keine Empfindung, die Dinge um sie beständen nicht mehr, oder nicht mehr in der früheren Weise, häufige und mit der Unterstellung von Hyperästhesie unverträgliche Aussprüche, ebenso unverträglich, wie die Thatsache, dass Melancholische durch Fieberhyperämien im Prodromalstadium von Exanthemen zuweilen zu vorübergehender Klarheit und Gesundheitsgefühl gelangen. Die Hyperämie, welche beim Gesunden ein krankhaftes Plus von Reizung effectuirt, stellt beim Melancholiker eben erst die normgemässe Anregung im Gehirne her.

Ausser dieser gebundenen unproductiven Seite der Melancholie entwickelt dieselbe bekanntlich noch in beschränktem Umfange eine Production, nämlich die eines oft mit grosser Intensität und mit Continuirlichkeit auftretenden Gedankenganges. Am häufigsten sind der Inhalt dieser intensiven, eingeengten psychischen Leistung die Wahnideen, zu welchen die stupende Veränderung der psychischen Lage durch Bemächtigung des im Gehirn vorfindlichen Mechanismus der Causalität führen muss. Solche starke Vorstellungen werden auf Kosten des Umfangs der Gehirnthätigkeit in verständlicher Weise zu beherrschender Intensität gelangen. Die im Gehirn vorräthige Summe von Arbeitskraft kann ihnen um so weniger durch zerstreute Vertheilung auf andere Vorstellungsreihen entzogen werden, je schwerer unter dem Einfluss der melancholischen Hemmung die Wege der weitgreifenden Verknüpfung der Vorstellungen als Leitungsbahnen ansprechen. Wenn Fechner nur die im Lichte der Aufmerksamkeit stehenden Vorstellungen als wach betrachtet, während die übrigen partieller Schlaf bedeckt, so gewinnt eben dieser partielle Schlaf im Gehirne des Melancholischen zu Gunsten einseitiger Vorstellungsreihen einen grösseren Umfang. Die einseitige Intensität im begrenzten Thätigkeitsbezirke des melancholischen Gehirnes kann zu einer bis zur Hallucination gehenden Verlebendigung der so gehegten Vorstellungen führen, sowie auch die Hallucinationen des Traumes mit der Herabsetzung der Allgemeinthätigkeit des Gehirnes einhergehen, und durch

das erschwerte Ansprechen der Leitungsbahnen im Schlafe begünstigt werden.

Die Hemmung der Melancholischen nach der motorischen Seite ist selbstverständlich keine absolute; die gewöhnlichen Intensitäten der Eindrücke vermag sie allerdings oft nicht zu überwinden; die ungewöhnliche Intensität aber, welche dem beengten Bezirk des melancholischen Denkvorganges innewohnt, wird sie überwinden. Die starken Vorstellungen der Melancholiker, ihre Wahnideen führen oft zu gewaltigen, wohl überdachten Handlungen, die in Beziehung zur Wahnidee stehen.

Das „psychische Schmerzgefühl" der Melancholischen (durchaus nicht mit dem Angstgefühle zu verwechseln) ist als der subjective Ausdruck der den Hemmungen zu Grunde liegenden Ernährungsstörung, als eine andere Seite von Wirkung der Erschöpfung an lebendiger Kraft im Gehirne zu betrachten und eben im Sinne Lotze's aufzufassen, wornach Unlust auf dem Widerstreit der Eindrücke mit den Bedingungen des Lebens beruhe.

Ein belehrendes, rein psychologisches Bild der Genesis melancholischer Verstimmung bietet die Nostalgie. Da Gebirgsbewohner auch in der Heimath melancholisch werden, und keineswegs alle Gebirgsbewohner in der Ferne nostalgisch werden, so sind die Befallenen wohl als zu Erschöpfungs- und Hemmungserscheinungen disponirte Menschen zu betrachten. In eine neue Umgebung versetzt, wird ihnen die Anspinnung von Verbindungen der neuen Eindrücke mit den im Gehirne vorräthigen Bildern zu schwer, die Hemmung ihres Gedankenablaufs, der Intensitätsmangel der neu aufgenommenen Bilder lässt das Bild ihrer alten Welt zu krankhafter Intensität erstarken.

Die gegebene Auffassung der Melancholie als Ausdruck eines Erschöpfungszustandes macht die Wirksamkeit der causalen Momente bei Melancholie umfassend verständlich; so die Wirkungen intellectueller Anstrengung, intensiver Affecte, erschöpfender Ausschweifungen, und ebenso anatomischerseits den Zusammenhang mit Atrophie des Gehirnes, welche bei Melancholikern nach den zahlreichen Gehirnwägungen des Vortragenden einerseits ein geringeres Mittelgewicht, andererseits einen geringeren Percentantheil der Hemisphären an der Zusammensetzung des Gehirnes erkennen lassen, als bei den Maniakalischen. Man begreift ferner den seltenen Zusammenhang derselben mit dem Befunde von Hirnhyperämie in der Leiche, nämlich bei nur 9 % von Melancholischen gegenüber von 47 % Maniakalischer.

Auch lässt sich daraus ätiologisch die Auffassung der Melancholie als sympathisches Irrsein (Schröder v. d. Kolk, Morel) begreifen, indem allerdings die Gesammternährung herabsetzende Organerkrankungen aller Körpergebiete Melancholie herbeiführen.

Wohl mag dieser krankhafte ätiologische Zusammenhang nicht immer lediglich von der Ernährungsbehinderung abhängen, sondern

von gewiss noch ganz unzulänglich erkannten Nerveneinflüssen. Einen Wink nach dieser Richtung gibt die Arbeit Dr. Dittmar's aus Ludwig's Laboratorium (Die Reizbarkeit der centripetalen Fasern des Rückenmarkes). Er weist nach, dass wie schon Betzold gezeigt, Reizung sensorischer Bahnen den Blutdruck im Gehirn steigere und setzte den manometrisch gemessenen Blutdruck an die Stelle der unzuverlässigen Empfindungsäusserungen der Versuchsthiere.

Indem die Steigerung des Blutdrucks Verengerung des arteriellen Strombetts bedeutet, wäre der Zusammenhang neuralgischer Eindrücke (soferne sie melancholische Zustände bedingen) mit Erschöpfbarkeit des Gehirns durch Mangel des regenerirenden Arterienblutes begreiflich, und zugleich das rasche Verschwinden der Melancholie, das mit Beseitigung von Neuralgien beobachtet wurde.

Es wird nicht unberechtigt sein, hieher auch Erregungen von Eingeweidenerven zu rechnen und der auffallende Connex von Melancholie mit Tuberculose (55 % der Melancholiker sind tuberculos, dagegen nur 14 % der Maniaci) würde zum Theile auf Reizung der Lungennerven durch den tuberculosen Process zurückzuführen sein.

Es erscheint nach diesen Ausführungen folgende Definition berechtigt: die melancholischen Zustände sind Leiden des Centralorganes, bei welchen die verminderte Entbindung lebendiger Kräfte und die gehemmte Fortleitung der Erregungen als psychischer Schmerz empfunden werden, meist unter Entwicklung von Wahnideen mit dem Charakter der Gebundenheit und oft unter Begleitung von Reizerscheinungen, namentlich des Angstgefühles.

Den maniakalischen Formen des Irrsinns liegt ein sehr constantes, ursächliches anatomisches Moment zu Grunde, die Gehirn-Hyperämie, welche in 47 % der Leichen Maniakalischer vom Vortragenden noch angetroffen wurde. Hält man damit die bekannten Umstände zusammen, welche die im Leben bestandene Hyperämie in der Leiche verwischen, und erwägt man, dass die identische Erscheinungsreihe an den andern Maniacis sich im Leben am muthmasslichsten mit dem gleichen Zustande der Blutfülle des Gehirnes gedeckt habe, so wird sich die Voraussetzung der Hyperämie bei Maniakalischen über die Zahl des Nachweises in der Leiche hinaus verallgemeinern lassen.

Wie gezeigt werden soll, stehen die Formen von Manie, welche aus Gehirnanämie hervorgehen, keineswegs ausser Uebereinstimmung mit dieser Auffassung.

Auch der Befund des Anhaftens der Pia mater mit der Gehirnrinde, welche schwerere Störung die Hyperämie einleitet, überwiegt bei Maniakalischen mit 27 % der Befunde gegen 8 % bei Melancholischen. Die Manie bietet eine vielgestaltige Formenreihe, deren Gruppen man als acute, zugleich totale und als chronische, zugleich

defecte (ruhige) Manien sich gegenüber stellt. Zu letzteren gehört auch der Wahnsinn, welcher die gesonderte Stellung, welche ihm die Systeme anweisen, nicht verdient. Die Verwandtschaft der defecten, oft nur in einer einzelnen Erscheinung, etwa einer maniakalischen Wahnidee sich kundgebenden Formen mit der totalen Manie zeigt sich aber darin, dass gleichsam unter der Decke der einzelnen Erscheinungen die vollständige Symptomenreihe latent liegt und von einer defecten Manie aus die totale unschwer ausgelöst werden kann.

Man darf nun folgerichtig die Anforderung stellen, dass die Manie dieselben primären Erscheinungen der Hyperästhesie und des Angstgefühles in sich einschliesse, welche die nicht als Irrsinn betrachteten Anfälle activer Gehirn-Hyperämie charakterisiren. Dieser Anforderung wird im Folgenden genügt. Der Unterschied, welcher die Erscheinungsreihe der immer protrahirten Hyperämie als Grundlage maniakalischer Zustände von den viel einfacheren Erscheinungen der vorübergehenden Hyperämie trennt, wird wahrscheinlich aus einer tieferen Betheiligung der Nervenelemente selbst im ersteren Falle zu erklären sein.

Wenn man nun den hervorragenden Gegensatz zwischen den maniakalischen Grundphänomenen und den melancholischen als Hyperkinese gegenüber der supponirten Hyperästhesie der Melancholischen definiren wollte, was Spielmann am präzisesten formulirte, so wird die functionelle Elementarstörung der Manie nur ganz fragmentär aufgezeigt. Neben der Hyperkinese schliesst sie als wesentliches Charakteristikon zunächst die Hyperästhesie ein; beide Phänomene sind nur Theilerscheinungen einer sie umfassenden allgemeineren Grundstörung, welche auf der erleichterten Entbindung der vorräthigen lebendigen Kraft des Gehirnes unter dem Einfluss arterieller Hyperämien beruht.

Die maniakalischen Symptome bestehen in nachfolgenden Haupterscheinungen, die insgesammt aus der hingestellten anatomischen und functionellen Sachlage sich erklären lassen.

1. Eine in der acuten Manie Verwirrung mit sich führende, in den leichtesten Graden maniakalischer Verstimmung aber eine unläugbare, intellectuelle Gehobenheit bewirkende Gedankenflucht, ein erleichtertes Ansprechen der die Vorstellungen verknüpfenden Leitungsbahnen, welches aus dem adäquaten Reize sich erklärt, den die vermehrte Anwesenheit arteriellen Blutes im Gehirne setzt.

   Manche Fälle von Verwirrtheit acut Maniakalischer lassen sich durch eine so intensive Hyperämie erklären, dass sie als central örtlicher Reiz vorräthige Erinnerungsbilder (Vorstellungen) ins Bewusstsein wirft, statt dass diese durch Einfügung in die Kette der Associationen in das Bewusstsein gelangen. Doch sind auch andere Bedingungen für die Verwirrtheit Maniakalischer gegeben, z. B. die überstürzende Raschheit der Leitung längs der Associationsbahnen.

2. Das Luxuriiren von Bewegungserscheinungen (die maniakalische Hyperkinese). Sie zerfallen in zwei Reihen. Bei minderen Graden der Manie basirt die erhöhte Bewegungstendenz auf der erleichterten Association von Bewegungsbildern mit anderen Vorstellungsreihen und dem erleichterten Umsatze des Bewegungsimpulses in Bewegung. Innerhalb der acuten Manie aber treten andere, ihr eigenthümliche Bewegungsimpulse aus der Wirkung der Hyperämie als central-örtlicher Reiz hervor, welche Impulse, aus der das Ich gestaltenden Associationskette herausgerissen, dem Kranken selbst nicht als vom Ich ausgehende, als gewollte Bewegungen erscheinen, sondern als eine zwangsweise Ergriffenheit zur Bewegung, die er theils als unfreiwillig schildert, theils durch barocke Motivirungen bemäntelt. Als Sitz der localen Reizung ist hier das Stirnhirn anzusehen. Auf demselben finden auch die acuten und chronischen Folgen der Hyperämien, Trübungen der Meningen und Anhaften der Rinde an die Pia ihre hervortretendste Verbreitung.

3. Die Hyperästhesie. Diese Erscheinung bindet sich bereits an die nur functionellen Hyperämien der Gehirne intellectuell bethätigter Menschen, so dass Schopenhauer die Duldsamkeit gegen grelle Sinneseindrücke als eine Eigenschaft mittelmässiger Köpfe bezeichnet. Der Manie aber drückt die Hyperästhesie ihre für die stumpfere populäre Anschauung wesentlichste Erscheinung auf, die Wuth, nach Esquirol's richtiger Auffassung der Zorn der Irren, welcher den von den Zwölftafelgesetzen an bis in die heutige Gesetzgebung hereinragenden Terminus Furiosi, Rasende veranlasste.

   Der Affect des Zornes, der bei den Maniacis spontan und auf die unentsprechendsten Anlässe hervorbricht, trägt aber das Gepräge der Hyperästhesie gegen alle äusseren Eindrücke, ferner der wahrhaft psychischen Hyperästhesie, indem die psychische Action selbst übermässig und darum schmerzlich empfunden wird, insbesondere jeder den im vollen Flusse begriffenen Gedankengang hemmende Act, wie z. B. äusserer Widerspruch. Speciell noch gibt sich die Hyperästhesie im Muskelgefühle als das keinen äusseren Widerstand bemessende Kraftgefühl kund.

   Die Hyperästhesie der Maniakalischen findet ihre Erklärung in dem durch die Fülle arteriellen Blutes vorhandenen Reize, der einen Zuwachs zu den Reizwerthen aller das Gehirn treffenden Eindrücke bildet. Für die Ableitung der Hyperästhesie aus Hyperämie der Empfindung leitenden Bahnen spricht das physiologische Experiment der Durchschneidung der Hinterstränge des Rückenmarkes, welche nicht sogleich, sondern mit der Entwickelung der nutritiven Reaction an den Wundflächen Hyperästhesie in allen, von unterhalb der Durchschnittsstelle entspringenden

Nerven versorgten Gebieten setzt; noch klarer geht dies aus dem gleichen Effecte einer Schlitzung der Pia mater der Hinterstränge hervor, deren Folge Hyperämie durch den verminderten Druck auf die Rückenmarkstelle, sowie durch die Einschnürung des hervorquellenden Markes an den Rändern des Schlitzes sein muss. Die empfindungleitenden Bahnen im Marke des Grosshirnes, welche an der maniakalischen allgemeinen Hyperämie theilnehmen, sind bezüglich der Hemisphären in deren Hinterhauptlappen und Schläfelappen zu suchen.

4. Das krankhafte Lustgefühl, die Amenomanie, als Gegensatz der Lypemanie bei den Melancholikern, tritt nach Massgabe des Zurücktretens von Hyperästhesie und Angst, bei der acuten Manie meist in raschem Wechsel mit letzteren, bei der defecten Manie als beherrschende Stimmung auf. Die Amenomanie tritt am reinsten bei mit Blödsinn combinirten Formen auf. Sie ist unter mehreren Gesichtspunkten aus der Anwesenheit der arteriellen Hyperämie erklärlich. Zunächst, weil das arterielle Blut ein den Nervenelementen adaequater Reiz ist, und mit ihm die gesteigerte Entwickelung von Arbeitskraft des Gehirnes in allen Richtungen einhergeht, also im Sinne Lotze's, wornach Lust auf dem Einklang der Einwirkungen mit den Bedingungen des Lebens beruhe. Ferner, da sich das Lustgefühl auch mit Processen der Zerstörung der Elemente bei Gehirnatrophie verbinden kann, beruht es vielleicht auch auf einem specifischen, ähnlich einer Intoxication wirkenden Eindruck des Sauerstoffes auf die Nervenelemente, welcher die aus ihrer Zerstörung erwachsenden Missstimmungen verdecken kann.

   Auch ist in Betracht zu ziehen die Erfüllung des Bewusstseins mit Bewegungsvorstellungen durch die Reizung des Stirnhirnes, welche der Bethätigung des Ich einen expansiveren, in der Vorstellung Behagen erzeugenden Umkreis vorspiegelt, wozu sich das als Erscheinung der Hyperästhesie zu deutende musculäre Kraftgefühl gesellt.

5. Das Angstgefühl. Diese Erscheinung der Hyperämie ist wohl nicht aus einer centralen Einwirkung des arteriellen Blutes erklärlich, indem gerade Mangel desselben das Prototyp des Angstgefühls als Dispnoe wahrscheinlich in Herden der Oblongata auslöst, sondern erklärt sich aus dem unabweislichen Consensus von Gehirn-Hyperämien mit Hyperämien der Lunge, welche bei den Sectionen der angeblich an Gehirn-Hyperämie Verstorbenen die viel wahrscheinlichere Todesursache darstellen.

6. Die Hallucinationen sind bei den Maniacis wohl vorwiegend als eine Folge des central-örtlichen Reizes der Hyperämie anzusehen, wenn er die Rinde der Hinterhaupt- und Schläfelappen

betrifft, sowie seine Einwirkung auf die Stirnlappen als Ursache maniakalischer Bewegungsphänomene angesehen wurde.

7. Eine secundäre Erscheinung sind die Wahnvorstellungen der Maniakalischen, die Folge der Bemächtigung des im Gehirn vorfindlichen Mechanismus der Causalität durch die maniakalische Veränderung der innern Zustände. Sie werden einerseits das Phänomen des Grössenwahns, ein expansives Gefühl, Ausdrücke des Behagens sein, andererseits werden sich in begreiflicher Weise auf Basis der Hyperästhesie und Angst entgegengesetzte Reihen von Wahnbildern entwickeln, sowohl in der acuten Manie als auch in den chronischen Formen, z. B. des Verfolgungswahnes, soweit er der maniakalischen Gruppe von Psychosen zugehört.

Die gesammte Erscheinungsreihe bildet in der acuten Manie ein imposantes Bild der Gehirnreizung, den vollen Gegensatz zu dem Stupor, den man paradoxer Weise acute Melancholie nennen könnte. Doch handelt es sich hier um volle Hemmung der Kräfte des Gehirnes, dort um deren volle Verflüssigung.

Für ein Verständniss der Mechanik, durch welche die maniakalische Hyperämie zu wege kommt, fehlt es noch an genügenden Anhaltspunkten. An Lähmungserscheinungen des Halssympathicus liesse sich etwa bei ätiologischem Zusammenhange der Manie mit fieberhaften Krankheiten oder mit Morbus Basedowi denken. Auch der Zusammenhang von die Manie erzeugenden Einflüssen mit Lähmung der Centren des Gefässtonus in und oberhalb der Oblongata wird sich nicht in häufigen Fällen ermessen lassen.

Diese summarisch auf das arterielle System wirkenden Innervationen dürften überhaupt für das feine und in so gesonderten Bahnen sich bewegende Spiel des Gedankenablaufs im Gehirne keine genügenden Anhaltspunkte der Interpretation bieten. Die functionellen Hyperämien, welche die intellectuelle Arbeit begleiten, sowie deren Umschlag in pathologische Hyperämieen weisen uns auf eine gesteigerte Attraction der functionirenden Gehirnelemente auf die nutritiven Transsudate und auf einen Einfluss jeder erregten Stelle, z. B. der Gehirnrinde auf die ihr zugehörigen feinsten Gefässe.

Der Vortragende hat an einer allerdings belangloseren Stelle, im rothen Kerne der Haube nämlich, den Verlauf der Ganglienfortsätze längs der Capillaren statt längs der Nervenbündel beobachtet. Erschlössen weitere Beobachtungen solche Verhältnisse auch an den Capillaren, z. B. der Gehirnrinde, dann wäre die distincteste Einwirkung von Ganglienzellen auf nutritive Bezirke erklärbar. Hinge der Tonus eines zugehörigen Capillarrohres von der fortlaufenden Wirkung benachbarter Ganglienzellen ab, so könnte die vermehrte anderweitige Leistung dieser Zellen bei ihrer Erregung ihre Wirksamkeit auf

diesen Tonus abschwächen und die Erregung gleich einen nutritiven Affluxus einleiten.

Zu den weniger unklaren Verhältnissen gehört wohl vom Standpunkt der Gefässinnervation der Zusammenhang maniakalischer Zustände mit Anämien des Gehirnes. Wir wissen, dass die circuläre Muskelfaser der Arterien ein Gebilde von grosser Erschöpfbarkeit ist, wie das Nachfolgen der Fieberhitze auf die heftige Arteriencontraction des Fieberfrostes zeigt.

Es lässt sich annehmen, dass in weniger unmittelbarer Weise die Contraction der Muskelfaser um die dünne Blutsäule eines anämischen Gehirnes zur Erschöpfung führen und daraus Hyperämie entstehen werde. Dass zu einer solchen Attraction des Blutes die Verhältnisse im Schädelraum günstiger als sonst im Körper sind, ist klar. Damit stimmt schon die bekannte Erscheinung von Gehirn-Hyperämie bei Inanition und in anämischen Kindern.

Wahrscheinlich kann aber die Anämie auch fehlen, und nur ein höherer Grad von Erschöpfbarkeit in der Innervation der musculären Ringfaser vorhanden sein, als eine Theilerscheinung der gesammten Erschöpfungszustände bei Melancholien. In der That geht die Melancholie nicht selten durch ein mässiges maniakalisches Nachstadium in Genesung über.

Meist aber ist die Erweiterung der Arterien, welche zur Reparatur der Melancholie führen muss, schlechter bemessen und schlägt in intensivere maniakalische Erkrankung um.

In demselben Sinne sind wohl die circulären Fälle zu erklären. Das mehrmalige Aufeinanderfolgen von Manie und Melancholie. Irgend welche ätiologische Momente haben den melancholischen Erschöpfungszustand herbeigeführt, bis sich die chronische Erschöpfung der Arterieninnervation einstellt, welche, zwar geeignet, die Melancholie zu heilen, statt dessen durch Uebermass des Umschlages in der Gefässweite Hyperämie und mit ihr die Manie herbeiführt. Die Actionsheftigkeit der Manie in einem zu Erschöpfungszuständen disponirten Individuum führt aufs neue Melancholie herein, aber nicht mit gleichzeitiger Erschöpfung der arteriellen Ringfaser, deren Contraction durch die eben vorher herrschende Weite des Arterienrohres sistirt war. Erst später ergreift auch sie der Erschöpfungszustand und führt ein neues maniakalisches Stadium herbei.

Möglicher Weise werden viel complicirtere Verhältnisse der Gefässinnervation aufgedeckt werden, die hier zu Grunde liegen. Die Thatsachen liegen aber so, dass mindestens ein schematisches Verständniss durch diese Auslegung gegeben wird. Mit dem Gesammtcharakter der Manie als einer Ueberfülle von Gehirnleistung stimmt die wichtige Thatsache des grösseren, mittleren Hirngewichtes der Maniakalischen gegenüber den Melancholikern. Die Wägungen Meynert's ergaben als Mittelzahlen:

Melancholie	Zahl der Wägungen	Manie	Zahl der Wägungen
Männer 1295	56	Männer 1376	39
Weiber 1210	51	Weiber 1221	53

Zugleich ist das Percentverhältniss des Grosshirnlappens gegenüber dem Stammhirne und dem Kleinhirne bei den Maniakalischen günstiger, so dass der Melancholie entschieden mehr Atrophie zu Grunde liegt.

Man darf nach allem Angeführten eine berechtigte Definition folgendermassen formuliren:

> Die Manie ist ein Leiden des Centralorganes, bei welchem unter dem Einflusse von Hyperämie die Entbindung der vorräthigen lebendigen Kraft im Gehirne erleichtert und beschleunigt wird, was seinen subjectiven Ausdruck im Gefühle der Lust und in Wahnideen mit dem Gepräge der Ungebundenheit (Freiheit) findet, wenn nicht die Erscheinungen der Hyperästhesie und Angst überwiegen.

An der, an diesen Vortrag sich knüpfenden Discussion, welche demnächst fortgesetzt werden soll, betheiligten sich die Herren Regier.-Rath Prof. Beer und Prof. Leidesdorf.

Dr. C. Ditmar: Ein neuer Beweis für die Reizbarkeit der centripetalen Fasern des Rückenmarks.

Dr. F. Miescher: Zur Frage von der sensibeln Leitung im Rückenmark.

Ph. Owsjanikow: Die tonischen und reflectorischen Centren der Gefässnerven.

Berichte der k. sächs. Gesellschaft der Wissenschaften. Math.-phys. Classe 1870 und 1871.

Ausgehend von der Beobachtung v. Bezold's, dass jede Reizung sensibler Nerven von einer Erhöhung des Blutdrucks begleitet ist, und der durch Ludwig und Thiry gegebenen Erklärung dieses Phänomens, wonach das Steigen des Blutdrucks von einer reflectorischen Verengerung der Muskelringe der kleinsten Arterien herrührt *), hat

*) Nach Jolly und Riegel scheinen die Art. der Pia mater des Gehirns und nach Muhammed Effendi Hafiz die Art. der Skeletmuskeln an dieser Verengerung nicht Theil zu nehmen, während nach Lovin in den Körpertheilen, die von dem gereizten sensibeln Nerven versorgt werden, gleichzeitig eine reflectorische Gefässerweiterung auftritt.

es Ditmar versucht, diese Reaction zur Prüfung der Reizbarkeit der sensibeln Fasern des Rückenmarks zu benützen, von welchen ja, der bisherigen Annahme zufolge, blos die in den Hintersträngen verlaulaufenden durch die gewöhnlichen Nervenreize, wie andere Nervenfasern sollten in Erregung versetzt werden können.

Die erwähnte Methode zur Prüfung einer stattgehabten sensibeln Erregung erwies sich als durchaus brauchbar und sehr empfindlich — vorausgesetzt, dass sich andere Momente, die eine Aenderung des Blutdrucks zur Folge haben, ausschliessen liessen. Zu solchen gehören: wesentliche Aenderungen der Pulsfrequenz, ferner Aenderungen des Rhythmus der Respiration, die an sich schon, vor Allem aber durch die dadurch bedingten Aenderungen des Gasgehaltes vom Blute den Blutdruck erhöhen oder erniedrigen können. (Die künstliche Respiration der stets curarisirten Thiere wurde daher durch eine regelmässig arbeitende Maschine in Gang gesetzt.) Zugleich zeigte sich, dass der Blutdruck mit der Stärke der Reize (bei gleicher Dauer derselben) wuchs, so dass hier ein Reagens auf sensible Erregung vorliegt, das nicht nur die bisher gebrauchten (Schmerzäusserungen, Fluchtversuche u. s. w.) an Sicherheit und Genauigkeit weit übertrifft, sondern auch schätzungsweise den Grad der sensibeln Erregung in Zahlen auszudrücken gestattet.

Um es zum Beweis einer directen Reizbarkeit der sog. „ästhesodischen" Rückenmarksfasern zu benützen, wurde ein Theil der Wirbelsäule eröffnet, das Mark im untern Theile der Wunde durchschnitten und nun die Hinterstränge vom centralen Stumpfe (der Sicherheit halber wo möglich noch sammt einem Theil der anliegenden grauen Substanz) abgelöst. Nachdem man auch die von dem so präparirten Stumpfe ausgehenden vordern Wurzeln durchschnitten hatte, wurde dieser durch ein Guttaperchaplättchen von der unterliegenden (wie es schien sehr sensibeln) Dura isolirt und endlich musste ein an die obere Grenze der präparirten Partie gelegtes reizbares Froschschenkelpräparat vor dem Einwand sicher stellen, es möchten Stromesschleifen nach dem Gesammtmark hinauf gelangt sein. — Ein Manometer registrirte den Blutdruck in der Carotis.

Es zeigte sich nun, dass in allen Fällen auch die leisesten mechanischen, elektrischen und chemischen Reizungen des seiner Hinterstränge beraubten centralen Rückenmarksstumpfes eine meist nicht unbeträchtliche Erhöhung des Blutdrucks zur Folge hatten.

Analog der von Setschenow für das Zustandekommen der gewöhnlichen Rückenmarksreflexe auf willkürliche Muskeln gemachten Beobachtung waren auch hier momentane noch so heftige Reizungen des Stumpfes (z. B. durch einzelne Inductionsschläge etc.) auf das Zustandekommen der reflectorischen Arterienverengerung ohne alle Wirkung, während derselbe Stumpf auf die leisesten Wechselströme vortrefflich reagiren konnte.

Zur Prüfung der Angabe v. Bezold's, dass das Centrum des Reflexes von sensibeln auf Gefässnerven im Grosshirn gelegen sei, wurden in einigen Fällen die Pedunc. cerebr. durchschnitten. Diese Operation hatte, sofern gewisse Nebenwirkungen derselben ausgeschlossen waren, auf das Zustandekommen dieses Reflexes gar keinen störenden Einfluss. Das Centrum muss also unterhalb der Schnittstelle und zwar in der Med. obl. zu suchen sein, da Trennung dieser vom Rückenmark den Reflex ausbleiben lässt.

Zum Schluss erörtert der Verf. die Möglichkeit, dass die centripetalen Rückenmarksfasern, die den Reiz aufgenommen und durch die ganze Länge des Marks in die Med. obl. fortgepflanzt haben, nicht als sensible im engern Wortsinne, sondern als besondere „excitomotorische" angesehen werden könnten. Diese an sich sehr gezwungene Annahme verliert jeden Boden durch die Thatsache, dass die Erscheinungen, die auf die Gefässmusculatur und besonders auch auf die Frequenz des Herzschlags vom Rückenmark aus hervorgerufen werden, durchaus denen gleichen, die durch Erregung ausgesprochen sensibler Nerven zu Stande kommen. Die reflectorische Wirkung sensibler Erregungen auf den Herzschlag ist übrigens in allen Fällen durch Inconstanz und Unregelmässigkeit charakterisirt.

Die von Ditmar angewandte Methode hat Miescher benützt, um den Einfluss der Durchschneidung oder Erhaltung einzelner Markabschnitte auf die Fortleitung der Erregung bestimmter unterhalb der Operationsstelle entspringender Nerven zu eruiren. Da die Mehrzahl der vasomotorischen Nerven beim Kaninchen oberhalb des 11. Brustwirbels das Rückenmark verlässt, wurde blos am untern Brust- und Lendentheil operirt. Nachdem Verf. die Schwierigkeiten einer isolirten Durchschneidung der Markstränge, sowie der Beurtheilung des Umfangs der damit verbundenen Quetschung oder Circulationsstörung erörtert und ein Verfahren angegeben hat, mittelst dessen man die Seitenstränge leichter isolirt durchschneiden oder vor Verletzung bei Durchschneidung anderer Marktheile schützen kann, beschreibt er eine Versuchsreihe, in welcher er vor und nach der Durchschneidung des Marks mit Erhaltung eines Seitenstrangs die beiden N. ischiad. gereizt hat*). Da zeigte sich denn, dass durch diese Operation die Blutdruckreaction der genannten Nerven nicht nur nicht vernichtet, sondern dass sie vom Nerven auf der Seite der Durchschneidung aus oft kaum schwächer war, als vorher, während allerdings auf der Seite des conservirten Seitenstranges der Erfolg sich stets stärker beeinträchtigt zeigte. Das Vorhandensein grauer Fragmente am erhaltenen Seitenstrange erwies sich dabei als völlig gleichgiltig. Es folgt daraus, dass (in der Rückenmarksstrecke zwischen letztem Brust- und drittem

*) Der Umfang der stattgehabten Verletzung wurde immer nach Härtung des Marks in Alkohol controlirt.

Lendenwirbel) die centripetalen Bahnen eines Nervus ischiad. der Mehrzahl nach im entgegengesetzten, der Minderzahl nach im gleichseitigen Seitenstrang verlaufen. Auch von den beiderseitigen Lumbarnerven, die wenige Millimeter unterhalb des Markdurchschnitts entspringen, konnte bei Erhaltung eines Seitenstranges Blutdruckreaction erzeugt werden, so dass also eine theilweise Kreuzung oder Vermischung der Bahnen beider Seiten schon alsbald nach ihrem Eintritt ins Mark stattgefunden zu haben scheint.

Bei Durchschneidung der beiden Seitenstränge und Erhaltung der übrigen Marktheile in der oberen Lendengegend war von den beiden Nervus ischiad. keine, von den Lumbarnerven dagegen noch sehr deutliche Reaction zu erzielen. Die von weiter unten herkommenden Bahnen laufen also in den äussersten Markpartien, die höher eintretenden ganz oder theilweise in der Nähe der Medianebene.

Die Erscheinung der Hyperästhesie des Hinterkörpers auf der Seite der Durchschneidung des Rückenmarks konnte Miescher nicht constatiren. Ob dies Folge seiner Versuchsanordnung war oder ob Folge der kurzen Beobachtungsdauer, die der Entwicklung von Hyperästhesie nicht Zeit liess, lässt er dahingestellt.

Zum Behufe einer genaueren Bestimmung des Sitzes des vasomotorischen Centrums in der Medulla legte Owsjanikow eine Reihe sehr kleiner Trepanöffnungen paarweise neben der Mittellinie vom hinteren Ende der Scheitelbeine und durch die Länge des Hinterhauptbeines hintereinander an und durchtrennte mit einem feinen Messer, das er durch je eine solche Oeffnung in die Med. obl. eingeführt, diese von der Mittellinie nach der Seite zu und beobachtete den Effect dieser Operationen auf den Tonus und auf die reflectorische Erregung der Gefässmusculatur mittelst eines in die Carotis des (curarisirten) Thieres eingeführten Manometers. Die genauere Bestimmung der getroffenen Hirnstelle fand immer erst nach vorheriger Härtung des Präparates in Alkohol statt.

Es ergab sich dabei Folgendes: Durchtrennung der Vierhügel liess den Blutdruck steigen und alsbald wieder auf seinen normalen Stand zurücksinken. Ob diese Steigerung reflectorischer Natur ist, oder eine Folge unmittelbarer Reizung von vasomotorischen Fasern, die über die Med. obl. hinausgreifen, lässt sich nicht entscheiden. Traf aber der Schnitt 1 Mm. unterhalb der Vierhügel das verlängerte Mark, so trat eine dauernde Erniedrigung des Blutdrucks ein. Reizung des N. depressor bewirkte jetzt noch ein weiteres Absinken, Reizung des N. ischiad. oder des Auricul. post. eine Erhöhung des Blutdrucks, so dass also wohl von allen sensibeln Wurzeln noch eine reflectorische Erregung der Gefässnerven erzielt werden konnte — ob eine ungeschwächte oder eine geringere als vorher, kann der Verf. nicht angeben. Ein etwa 2 Mm. tiefer geführter Schnitt liess den Blutdruck noch weiter herabsinken; Reizung des Depressor und Ischiad. war

noch wirksam, wenn auch in geringem Grade. Fiel der Schnitt noch 2 Mm. tiefer, so zeigte sich nach nochmaligem Absinken des Blutdrucks die Reizung der genannten Nerven ohne alle Wirkung. Tiefer gelegte Schnitte änderten an diesen Verhältnissen nichts mehr.

Es läge also das tonische Centrum der Gefässnerven des Kaninchens in einem Raume, der circa 1 Mm. unter den Vierhügeln beginnt und 4—5 Mm. oberhalb des Calam. script. endet, also etwa eine Länge von 4 Mm. hat. Das reflectorische Centrum hat mit dem tonischen die untere Grenze und möglicher Weise auch die obere gemein (fiele also mit ihm zusammen). — Da man mit den Schnitten, sofern man sich in der Mittellinie hält, bis weit nach unten steigen kann, ohne den Blutdruck zu alteriren, so müssen die genannten Organe seitlich in der Med. obl. gelegen sein.

Schliesslich erwähnt der Verf. u. a. noch, dass Chloralhydrat ein Sinken des Blutdrucks bewirkt und dass dieser nach sehr starken Dosen dieses Mittels durch sensible Reizung nicht mehr erhöht werden kann.

Die vorstehenden drei Arbeiten sind in Leipzig unter Ludwig's Leitung ausgeführt worden.

Dr. Dittmar.

Zur Diagnose des Verfolgungswahnes.

(Annales d'hygiène publique. Octobre 1871.)

Die Herren Ch. Lasègue und Legrand du Saulle theilen in den Annal. d'hyg. publ. einen Civilprocess mit, in welchem es sich um die Rechtsgiltigkeit eines Testaments und um eine Erbschaft von 400,000 Fr. handelte. Dieses wurde unter dem Vorwande bestritten, dass der Testator an einem Verfolgungswahne gelitten habe und zur Zeit der Abfassung des Testaments dispositionsunfähig gewesen sei. Diese Behauptung wurde durch ein Gutachten Tardieu's und Baillarger's unterstützt, während die beiden zuerst genannten Herren sich für die Geistesgesundheit des Testators in einem ausführlichen, gerichtlich-psychologischen Gutachten aussprachen.

Es würde uns zu weit führen, in das Ausführliche dieses Falles näher einzugehen. Wir beschränken uns zu bemerken, dass der Schwerpunkt der civilgerichtlichen Entscheidung auf der Frage beruhte, ob aus dem früheren Leben des Testators, aus dem Inhalte des Testaments und aus den Zeugenaussagen auf eine Geistesstörung, und namentlich auf einen Verfolgungswahn ein berechtigter Schluss zu ziehen sei, dass dieser letzte Wille, der eigenhändig geschrieben vorlag, vom Standpunkte des Gesetzes ungiltig sei? Das Civilgericht sprach sich

in Folge des Gutachtens der Herren Lasègue und Legrand du Saulle für die Rechtsgiltigkeit des Testaments aus. Aus dem ausführlich mitgetheilten Gutachten der letztgenannten Herren theilen wir bezüglich der Diagnostik des Verfolgungswahnes Folgendes mit.

Der an Verfolgungswahn leidende Geisteskranke ist ungeduldig, schwer umgänglich (intraitable), gegen Alle misstrauisch und beklagt sich stets über alle Welt. Er hält sich für das Opfer unterirdischer feindlicher Machinationen; man sehe es stets, glaubt er, darauf ab, ihm zu schaden, man verfolge ihn oder beabsichtige ihn zu Grunde zu richten. Er hört Stimmen, welche ihm die Intriguen seiner Feinde und die ihm drohende Gefahr ankündigen oder ihm befehlen, durch Selbstmord dem gegen ihn gerichteten Complot zu entrinnen. Die unbedeutendsten Thatsachen interpretirt er im Sinne seiner Wahnidee. Da er zuweilen die ihn ängstigenden melancholischen Eindrücke nicht in sich selbst concentriren kann — besonders im Beginn seiner Seelenstörung — so spricht er seine Besorgnisse unverholen dem ersten besten, der ihm begegnet, aus, enthüllt das was ihn quält, ganz offen, indem er in aller Breite seine Befürchtungen, Martern und Leiden aufzählt.

Er behauptet, den freimaurerischen geheimen Angriffen, sie mögen noch so sonderbar klingen, und dem dämonischen Einfluss geheimer Mächte, die er mit dem Namen Physik, Elektricität, Magnetisiren bezeichnet, ausgesetzt zu sein. Gegen seine vorgeblichen Feinde verbarrikadirt er sich, schläft stets bei offenem Fenster und um die verderblichen Pläne seiner Feinde zu vereiteln oder um die ihm aufsässige Polizei zu täuschen, macht er gewisse Mienen, nimmt gewisse Stellungen an, ja er spricht bisweilen einige geheimnissvolle cabbalistische Worte zu seinem Schutze aus.

In seinen Briefen legt er, um sich zu erleichtern, den Schmerz, der ihn drückt, offen nieder und malt in zahlreichen Wiederholungen die gegen ihn gesponnenen Intriguen, sowie die gelegten Schlingen aus, deren Opfer er gewesen. Er zählt die Liste seiner Feinde auf, reiht dieselben in gewisse Kategorien, je nachdem sie, wie er wähnt, seiner Ehre, seinem Vermögen oder seinem Leben einen Hinterhalt legen. Zuweilen schreibt er an das Staatsoberhaupt, an Minister oder sonstige Verwaltungs- oder Gerichtsbehörden, zählt in diesen seinen Zuschriften seine ängstlichen Besorgnisse auf, macht auf die ihm drohenden Gefahren aufmerksam, bezeichnet die Personen, welche ihn auf der Strasse beschimpfen und stellt an die Behörden die Bitte, es möge ihm die Ermächtigung ertheilt werden, stets Waffen bei sich zu tragen, um sein so bedrohtes Leben zu vertheidigen.

Im hohen Grad Egoist, misstrauisch und dennoch unvorsichtig, liebt er niemand, ist keines wohlwollenden Gedankens, keiner freisinnigen Handlung fähig, denkt nur an sich und seine Feinde, vergisst ganz an die Führung seiner Geschäfte, verkennt alle seine Pflichten

und schliesst sich in seinem Verfolgungswahne in einen Kreis schmerzhafter Aengstlichkeiten und gehässiger Misanthropie ein. Nimmt das Delirium eine noch ernstere Form an, dann gefällt sich der Kranke in einer berechneten Einsamkeit ganz besonders; er entzieht sich jedem fremden Einfluss, entfernt sich vom Umgange mit Menschen und flieht jede Berührung weltlicher Geschäfte. Ruhig und zur Abwechslung wieder verdriesslich, argwöhnisch, misstrauisch, düster und schweigsam, flieht er die geräuschvolle Menge, stellt sich gleichsam auf die Lauer, spionirt und commentirt die Handlungen, Worte, Mienen oder Blicke Aller, die sich ihm nähern und mit der grössten Behutsamkeit aufpassend, sucht er immer irgend eine neue Bosheit zu entdecken, welche seiner Person droht; zuweilen zeigt er scheinbar eine resignirte Langmüthigkeit, sammelt im Stillen die ihn verfolgenden Feindseligkeiten mit dem geheimen Gedanken einer schrecklichen künftigen Rache. Ja noch mehr, er vergrössert seine Persönlichkeit im Stillen, geht im Geheimen mit sich selbst um, fühlt einen gewissen Stolz über den Zorn und die unangenehmen Gefühle, welche er bei Andern anregt, über die Stürme, die er loslässt. Man darf ihn nicht beruhigen, denn eifersüchtig wachend über den ihm genussreichen Schmerz, will er ihn ganz geniessen. Indessen wird endlich das Maass dieses Gemüthszustandes voll und es tritt das Gefühl der Erbitterung ein; die passive Rolle ist vorüber, die Stunde der Rebellion hat geschlagen. Zwei Mittel stellen sich nun seinem Geiste dar: freiwillig aus dem Leben zu scheiden und in einer feierlichen Erklärung auf seine Feinde die entehrende Verantworlichkeit dieses Selbstmordes zu schieben oder sich mit einem Mordinstrument zu bewaffnen und das eingebildete Haupt der Verschwörung zu ermorden, indem eine hartnäckige Hallucination des Gehörs die ganze Intrigue ihm enthüllt hat. Der Mord wird dann gewöhnlich mit der grausamsten Kaltblütigkeit verübt. Hat er einmal in seinem Wahne eine „ordentliche Lection“ seinen Verfolgern gegeben und über sie seinen Sieg erfochten, so ist er zufrieden und fühlt sich ganz erleichtert; zuweilen reagirt die That auf ihn selbst und da er nichts mehr zu wünschen hat, so tödtet er sich selbst.

Ausser diesen zwei Fällen sieht man oft, dass der Verfolgungswahn durch eine Reihe von Jahren fortdauert und dann kann das Gehirn nicht mehr so vielen Angriffen widerstehen; der Kranke verfällt alsdann in eine geistige Schwäche und Gleichgiltigkeit, welche ihn der äusseren Welt ganz entfremdet, seine körperliche Gesundheit verfällt immer mehr und ein Marasmus schliesst diese pathologische Scene.

Hat man einen solchen Kranken gesehen, so hat man auch deren Hundert gesehen, denn sie scheinen nach demselben Muster sich zu formen und eine psychologische Erscheinung ist ihnen allen eigen, nämlich die Abwesenheit von Gesichtshallucinationen in allen Fällen, wo kein chronischer Alkoholismus vorhanden ist.

Endlich findet man bei Personen, die an diesem Delirium leiden, dass die erste Ursache ihres Wahnes eine unfassbare, unwahrscheinliche oder absurde ist und sie deliriren nicht auf Grund einer motivirten Wahrnehmung; am Anfange der Krankheit vertrauen sie ihre ängstlichen Besorgnisse Jedermann an, und erzählen in ihrer ausserordentlichen Unruhe dem ersten besten die Feindseligkeiten und Verschwörungen, die man gegen sie anzettelt.

Beer.

Die Gehirnerweichung der Irren (Dementia paralytica).

Von Dr. Theodor Simon. Hamburg. Wilhelm Mauke. 1871.

Vorliegende Abhandlung ist eine sorgfältige Zusammenstellung der Anschauungen und Erfahrungen über die paralytische Geisteskrankheit. — Es werden auch die neuesten Arbeiten über diese so vielfach und vielseitig studirte Krankheitsform kritisch gewürdigt, die zahlreich eingeflochtenen Eigen-Beobachtungen des Verfassers erhöhen in namhafter Weise das Interesse der gebotenen Arbeit.

Nach vorausgeschickter Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der Lehre von der Dementia paralytica geht Verf. an die Allgemein-Schilderung des Krankheitsbildes und an die Darstellung der speciellen Symptomatologie.

Wir glauben hier besonders auf die Angaben des Verf. über die Untersuchungsmethoden, welche bei Paralytikern anzuwenden sind, hinweisen zu müssen, weil die in solchem Sinne und mit den im Originale nachzusehenden Behelfen angestellten Untersuchungen am meisten beitragen werden, die verschiedenartigen Erkrankungen, die man unter der Benennung Dementia paralytica bisher häufig zusammengeworfen hat, diagnostisch zu trennen.

Den vasomotorischen Störungen widmet Verf. (Kap. V) mit Recht eine ganz besondere Aufmerksamkeit; — Ref. kann aus mehrfacher eigener Beobachtung bestätigen, dass bei Geisteskranken überhaupt und auch bei Paralytikern Erscheinungen nicht selten sind, welche Verf. zu den Affectionen des Halssympathicus oder des Centrum ciliospinale rechnet, wohin er wiederholt plötzlich auftretende und bald wieder verschwindende Röthung einer Gesichtshälfte mit Pupillenverengerung und erhöhter Temperatur, sowie das von Servaes (Lindenburg) beobachtete Blutschwitzen am Kopfe rechnet.

Verf. hebt noch hervor, dass das Gesammtgebiet der vasomotorischen Nerven in der Paralyse afficirt sei und lässt sich eingehend auf Grundlage der Wolff'schen Untersuchungen über den Puls der Paralytiker aus. Die gewonnenen Pulsbilder zeigen deutlich den Zustand

des vasomotorischen Nervensystems in der Paralyse an. Im Beginne der Krankheit Neigung zur Lähmung, später dauernd Lähmung mässigen Grades, gleichsam eine Parese der motorischen Centren, in den letzten Stadien vollständigste Lähmung derselben.

Die paralytischen Anfälle (Kap. VI) sucht Verf. durch eine abnorme Innervation der Hirngefässe in einem mehr weniger ausgebreiteten Gebiete zu erklären. Nur so aufgefasst schliesse sich das Phänomen der paralytischen Anfälle unmittelbar an die übrigen Symptome an, die Verf. als Störungen des vasomotorischen Nervensystems zusammengefasst hat. Die paralytischen Anfälle sind die vasomotorischen Neurosen des Hirns. Doch seien nicht alle Anfälle auf diese Weise zu erklären, indem für einen grossen Theil derselben die Lungenaffection das bedingende Moment abgibt; doch sei auch dann noch das vasomotorische Centralorgan das vermittelnde Moment, denn nicht selten stehe der paralytische Anfall für den initialen Schüttelfrost der Gesunden.

In anderen Fällen endlich müsse man directen Einfluss des in seinem Gasgehalt modificirten Blutes auf die Erregung des Central-Nervensystems Rechnung tragen.

Die bisherigen Ergebnisse der pathologischen Anatomie werden ausführlich besprochen; Verf. kommt zu dem vielleicht etwas stark skeptischen Schluss, dass es viele Fälle von Paralyse gibt, in denen man bei dem jetzigen Zustande unserer Kenntniss weder makroskopisch noch mikroskopisch Veränderungen im Gehirn findet.

Bezüglich der Erkrankung des Rückenmarks bei Dementia paralytica erkennt Verf. allerdings das häufige Vorkommen der grauen Degeneration und noch mehr der Körnchenzellen-Myelitis an, bemerkt jedoch:

1. dass letztere nicht selten fehlt, da es Fälle von Paralyse gibt, in denen das Rückenmark ganz normal ist.
2. dass exquisiteste Körnchenzellen-Myelitis auch ohne Paralyse, z. B. bei Tuberculose und chronischen Geistesstörungen vorkommt.

In Anbetracht der vielfältigen, aber inconstanten pathologisch-anatomischen Befunde betrachtet Verf. die Paralyse nicht als eine bestimmte abgeschlossene Krankheitsgattung, sondern als eine Krankheitsform, und es wird sich nur fragen, welche Krankheiten in der Form und unter dem Bild der Paralyse verlaufen können.

Zu den selteneren rechnet Verf. die Geschwülste der Dura, des Gross- und Kleinhirns, Cysticercen und verschiedene Intoxicationen (z. B. durch Blei). — Zu den häufigeren die Pachymeningitis, die Septomeningitis und zahlreiche, verschiedenartige, diffuse Erkrankungen der Hirnrinde.

Für die Fälle, in welchen sich eine anatomische Erkrankung des Nervensystems nicht nachweisen lässt, nimmt Verf. zur Erklärung des

Krankheitsbildes der Paralyse Erkrankungen anderer Organe, insbesondere der Lungen oder chronische Nieren- oder Herzaffection an und betrachtet mithin die paralytische Geistesstörung als eine sympathische. Da aber die erwähnten Krankheiten in der Mehrzahl der Fälle ohne paralytisches Irrsein verlaufen, so wird eine bestimmte Disposition des Gehirns angenommen, eine Disposition, die als Degenerescenz bezeichnet wird. — Dem Ref. scheint aus Gründen, die zu erörtern hier nicht der Ort ist, die Annahme einer sympathischen Dementia paralytica eine von den Thatsachen schwach gestützte Hypothese.

Aetiologie und Prognose (Kapitel VIII) bieten nichts was nicht bekannt wäre.

Im IX. Kapitel über die Diagnose erörtert Verf. die differentielle Diagnose und schliesst sich den Anschauungen der von Krafft-Ebing in der Zeitschr. f. Psych. Bd. XXIII veröffentlichten Arbeit an, indem er ergänzend die Pachymeningitis hämorrhagica zu den Erkrankungen zählt, die unter dem Bilde der Dementia paralytica verlaufen können.

Von dem Kapitel über Therapie wollen wir hier nur einiges von dem hervorheben, was über die Behandlung der Erregungsperioden gesagt wird.

Vom Bromkalium selbst in grossen Gaben hat Verf. fast nie Erfolg gesehen, die kleinen blieben vollends wirkungslos.

Besonders wirksam hingegen erwies sich der Gebrauch des Chlorals, von dem Verf. bei ausgiebiger, sehr ausgedehnter Anwendung nicht die geringste Abstumpfung gegen dasselbe und keinerlei schädliche Nebenwirkung gesehen hat.

Noch sicherer in der Wirkung zeigt sich die Morphiumtherapie, welche ganz nach der Darstellung Wolff's (Griesinger's Archiv Bd. II. Heft 3) exponirt und anempfohlen wird.

Am Schluss der Arbeit wird die Frage ventilirt, ob es auch eine fortschreitende Paralyse ohne Irrsein gebe.

Verf. weist nach, dass man in den letzten 25 Jahren eine ganze Reihe fortschreitender Paralysen kennen und unterscheiden gelernt habe, als da sind: die graue Degeneration des Rückenmarkes, die Labio-Glosso-Pharyngeal-Paralyse, die progressive Muskelatrophie, die Paralysis agitans u. s. w.

Alle diese zahlreichen Formen progressiver Paralyse können ohne, aber auch mit Irrsein vorkommen.

Leidesdorf.

Experimentaluntersuchungen über die Erscheinungen nach Ablation des Grosshirns und über die Rotationsbewegungen.

Von Dr. Onimus.

(Rob. Journal de l'Anat. 1870—71. 6.)

Die Versuche sind an Wirbelthieren aller 4 Classen angestellt.

Durchtrennt man einem Thiere das Rückenmark, so sind die auf jede Reizung erfolgenden Reflexbewegungen nur auf gewisse Muskelgruppen beschränkt, und zwar auf desto kleinere, je entfernter vom Gehirn man das Rückenmark durchschnitten hat. Hat man aber blos das Grosshirn entfernt, so sind die Reflexerscheinungen, die nun zu Stande kommen, über ansehnliche und verschiedene Muskelgruppen vertheilt, und zwar erfolgen diese Bewegungen mit einer ganz exquisiten Regelmässigkeit und Sicherheit, der Frosch muss schwimmen, wenn man ihn in's Wasser wirft u. s. w. Dadurch unterscheidet sich das seiner Grosshirnhemisphären beraubte Thier von dem intacten; es muss also dem Grosshirn die Kraft innewohnen, die Reflexbewegungen theilweise oder ganz zu unterdrücken und dadurch zu modificiren.

Bei den Thieren ohne Grosshirn macht sich hingegen die Solidarität der Muskeln bemerkbar, d. h. das Streben aller Muskelgruppen, zugleich in Thätigkeit zu sein.

Das constanteste Symptom der ihres Grosshirns beraubten Thiere ist das Streben nach Erhaltung des Gleichgewichts; dabei influenzirt nur das Kleinhirn. Wird dieses entfernt, so scheinen die Thiere betrunken zu sein; sie taumeln, es fehlt die Coordination der Bewegungen.

Es existiren also locomotorische Centren ausserhalb des Grosshirns, welche als Mittelglieder zwischen dem Willen und den Bewegungen dienen, ohne dass es eines directen Einflusses des ersteren auf jeden einzelnen Muskel bei complicirten Bewegungen bedürfte.

Für die Manègebewegungen, welche auftreten, wenn das Grosshirn auf einer Seite entfernt wird, gibt Onimus folgende Erklärung: Durch die Bewegung der gesunden Seite wird ein Reiz auf die locomotorischen Centren der operirten Seite ausgeübt; diese werden in Thätigkeit versetzt, wirken aber in alterirter Weise, indem die Hemmung von Seite des Gehirns fehlt; die Muskeln der gesunden Seite wirken aber normal; daraus resultirt jene sonderbare Art der Bewegung. (?)

Bei den Rollbewegungen um die Längsaxe, welche erfolgen, sobald das Kleinhirn oder ein Brückenarm einseitig verletzt wird, hat man zwei Tempi zu unterscheiden; im ersten wird das Thier langsam

auf den Rücken geworfen, indem in Folge eines directen oder reflectorischen Reizes auf das Gehirn eine tonische Contraction gewisser Muskelgruppen zu Stande kommt; das zweite Tempo geht aus dem Streben nach Erhaltung des Gleichgewichts hervor, und besteht darin, dass das Thier in seine normale Lage zurückkehrt.

Viel Neues bringt Verfasser in diesen Versuchen nicht, da er als Franzose die neueren Untersuchungen, welche auf diesem Gebiete in Deutschland gemacht wurden (z. B. Goltz) ignorirt.

H. B. Obersteiner.

Ueber Arachnoidealcysten.

Von Dr. Sutherland.

Unter 616 Sectionen von Geisteskranken fand Verfasser 10 Mal „Cysten der Arachnoidea". — Es sind dies Gebilde, welche in der Regel über der Convexität des Gehirnes und zwar mit Vorliebe in der Nähe der Mittellinie der Arachnoidea visceralis aufsitzen und in dünneren oder dickeren Wandungen gewöhnlich eine röthliche, pulpöse Masse einschliessen. Diese Cysten können sich vergrössern, etwa in Form eines Handschuhfingers, die Convexität umgreifen und bis an die Basis gelangen, wo sie dann meist wieder mit dem „parietalen Blatte der Arachnoidea" verwachsen. — Nach den Krankengeschichten zu urtheilen scheinen sie sich häufig nach Verletzungen des Schädels, nach einem Schlag auf den Kopf zu entwickeln.

Die Bildung dieser Cysten ist wahrscheinlich auf eine Blutextravasation zurückzuführen; in jenen Fällen, in denen ein Trauma, das auf den Schädel eingewirkt hätte, sich nicht nachweisen liess, fand sich Atherom der Gehirnarterien, wodurch eine Gefässruptur ebenfalls leicht erklärlich würde.

H. B. Obersteiner.

Ueber den Ramus dento-lingualis.

Von Dr. Thad. Zlobikowsky, Vorstand der psych. Klinik zu Warschau.

(Robin Journal de l'Anat. 1870—71. 6.)

Bereits Sappey hat einen Ast des N. mylohyoideus beschrieben, welcher sich an den N. lingualis anlegen und indirect auf den Geschmack wirken soll.

Zlobikowsky konnte nun an diesem von Sappey Ramus dento-lingualis genannten Nerven eine Theilung nachweisen; der eine

Ast hat Verlauf und Wirkungsweise, wie es Sappey beschreibt, der zweite hingegen biegt sich nach abwärts, um sich in das Ganglion submaxillare einzusenken; da er einem motorischen Nerven entstammt, so kann man ihn als motorische Wurzel des ebengenannten Ganglions setzen, welche Bedeutung man früher einem Theil der Chorda tympani gegeben hat. — Diese aber verliert ihren motorischen Charakter und muss vielmehr als ein, sensitive Fasern vom N. trigeminus zum N. facialis führender Nerv angesehen werden, womit auch die Beobachtung von Claude Bernard stimmt, welcher den letzteren vom Ursprung bis zur Vereinigung mit der Chorda tympani rein motorisch, von da an aber gemischt fand.

H. B. Obersteiner.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

am 30. December 1871 um 6 Uhr Abends.

I. Dr. Grabacher: Zwei gerichtsärztliche Begutachtungen.
II. Dr. H. B. Obersteiner: Zur Theorie des Schlafes.
III. Discussion über gefährliche Irre.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.